دليل الوالدين والمتخصصين فى التعامل مع :

الطفل التوحدى

عبد الرحمن سيد سليمان
إيمان فوزى سعيد
سميرة محمد شند
أحمد محمد وصال



دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع

الطفل التوحدي

إعـــداد

عبد الرحمن سيد سليمان
سميرة شـــند
إيمـــان فـــوزي
أحمـد وصـال



١٤٣٠ هـ ـ ٢٠٠٩ م

فهرسة دار الكتب المصرية أثناء النشر

دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع

الطفل التوحدي / إعداد عبد الرحمن

سيد سليمان ... (وأخ) . ـ ط ٢ ـ القاهرة : دار

رواء للنشر والتوزيع ٢٠٠٩

٢٧٣ ص ـ ٢٤ سم

تدمك : ٠٩٦٠ ٦٣٢٩ ٩٧٧ ٩٧٨

١ـ الأطفال المعاقون

٢ ـ الأطفال ـ علم النفس

أ ـ سليمان ، عبد الرحمن سيد

(معد مشارك) ٣٠٥,٩٠٨٠٦

رقم الإيداع / ٢٠٠٩/٢١٥٢٢ التاريخ : ٢٠٠٩/١١/٩

مقدمة الطبعة الثانية

لقد كان من الطبيعي - والمنطقي أيضًا - بعد أن نفذت الطبعة الأولى من الكتاب أن يفكر المؤلفون في إصدار طبعة ثانية، وكان من الطبيعي ألّا تصدر الطبعة الثانية إلا وقد أعاد المؤلفون النظر إلى محتوى الكتاب ككل ؛ فهو بحاجة إلى تنقيح وزيادة من ناحية، وفي حاجة إلى إضافة ما هو جديد في المجال من ناحية أخرى، وقد فعل المؤلفون الأمرين معا بتوفيق من الله وفضل.

لقد أجرينا تعديلات كثيرة في بنية الكتاب يلمسها القارئ في هذه الطبعة الثانية فضلا عن إضافة فصلين جديدين، حيث كان الكتاب في الطبعة الأولى ستة فصول فقط، أصبح - بحمد الله- يتضمن في هذه الطبعة ثمانية فصول، فقد أعيد ترتيب فصوله بحيث يتسق في عرض موضوعاته مع طبيعة الاضطراب الذي يتناوله وذلك على النحو التالي:

- الفصل الأول : يتناول الصورة المتغيرة لاضطراب التوحد.

الفصل الثاني: يتناول اضطراب التوحد من زاوية تاريخية – إن صح هذا التعبير– ثم النظر إلى التوحد كاضطراب اجتماعي يتضمن ثلاثة جوانب يعتريها القصور، وذلك في كل من العلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي، ثم الفهم الاجتماعي والتخيل.

- الفصل الثالث: يتناول – بشيء من الإيجاز – أسباب هذا الاضطراب ، وعوامله التي تتفاعل مع بعضها بعضا، فتظهر أعراضه على النحو الذي نراها به.

- الفصل الرابع: يتناول تقييم وتشخيص الطفل التوحدي.

مقدمة

كلمة « ذاتوية » أو «توحد» مأخوذة من اللغة الإغريقية، وتنقسم إلى شقين Autos بمعنى النفس، Ism بمعنى الحالة غير السوية وهذا يعني أن المصابين بحالة التوحد يحملون نفسًا غير سوية وغير مستقرة.

والصورة التي كثيراً ما تُقدَّم لوصف «إعاقة التوحد»، هي صورة طفل جميل مسجون في قفص زجاجي. وطوال عدة عقود تمسك آباء كثيرون بهذه الصورة على أمل أن تظهر وسيلة ما تكسر هذا الحاجز الخفي. وقد أُعْلن عن عدة طرق لعلاج هذه الظاهرة، إلا أنه لم يتأيَّد أيٌّ منها بالبرهان، وبقى القفص قائماً لا يُمس. واليوم يبدو أنه قد آن الأوان لتحطيم هذه الصورة بأكملها، وعندها سيمكننا أن نلقي نظرة على حقيقة عقول المصابين بإعاقة التوحد.

والكتاب الحالي ما هو إلا محاولة لتقديم بعض العون لأقرب الناس صلة بالطفل التوحدي.. وهما الوالدان، ولذلك يعد دليلاً وموجِّهًا للآباء كما أنه في نفس الوقت لا يهمل الاختصاصيين في المجال فيعرض بعض جوانب الإرشاد النفسي التي يكن لهم الإسهام فيها.

والله ولي التوفيق

المؤلفون

القاهرة: في شهر رمضان المعظم ١٤٢٤ هـ

نوفمبر ٢٠٠٣م

محتويات الكتاب

الموضوع	رقم الصفحة

الفصل الأول

الصورة المتغيرة لاضطراب التوحد

مقدمة

أولا: حالتا توحد:

(١) الطفلة (لوسي) (٢) الطفل (ديفيد)

ثانيا:

- كلمة ختامية

الفصل الأول

الصورة المتغيرة لاضطراب التوحد:

The Variable Picture of Autism

مقدمة:

يعتبر الأوتيزم – أو اضطراب التوحد[1] – بمظاهره وأعراضه التي تبدو متناقضة ظاهرياً – حالة نادرة نسبياً ومثيرة للاهتمام إلى الحد الذي يجعل غالية أفراد المجتمع يكونون تصورًا عنها دون أن يكون لديهم أي احتكاك أو اتصال مباشر بأي طفل توحدي. وقد أضاف نجاح فيلم رجل المطر Rainman (بطول داستين هوفمان) إلى وعي عامة الناس الكثير عن اضطراب التوحد، على الرغم من أنه لم يصور سوى مظهر واحد فقط من مظاهر هذا الاضطراب.

ويستطيع معظم الناس إذا سئلوا السؤال التالي: من هم الأطفال التوحيديون؟ أن يقدموا آراء تغطي مدى واسعًا من الأفكار، وهذه بعض الأمثلة:

---

(١) اضطراب التوحد: Aurism .

مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكيًا خاصة ممن يعانون من اضطرابات سلوكية حادة. ويتمثل التوحد في الانطواء الشديد والتمركز حول الذات، والانشغال بالذات بصورة أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي. وهناك ستة خصائص يتميز بها الطفل التوحدي، هي:

١. عدم إصدار تلميحات جسمية أو حسية تشير إلى الانتباه للآخرين.
٢. البرود العاطفي، وعدم الاستجابة لمشاعر الحب أو الحنان التي يبديها الآخرون نحوه.
٣. الإثارة الذاتية التي تتمثل في الحركات النمطية.
٤. سلوك إيذاء الذات، ونوبات الغضب.
٥. الكلام النمطي الذي يتسم بالمهمهة.
٦. تأخر في نمو السلوك بما لا يتوافق مع سن الطفل. (كما سيسالم، ٢٠٠٢: ٤٨).

إنهم إنسحابيون.. لا يستطيعون التواصل... لديهم ميول موسيقية.. قدراتهم الحسابية جيدة جدًا.. إنهم مهرة للغاية... كلهم معاقون ذهنيًا... الخ.

وتعكس وجهات النظر السابقة على بساطتها وتفاوتها جانبًا من التباين واسع المدى لحالات التوحد. ولتوضيح تنوع حالات التوحد سنقدم وصفًا لحالتين من الأطفال كلاهما مصاب بالتوحدية وبينهما اختلافات كبيرة رغم أن كلاهما ينتمي لنفس التصنيف. وسيتم توضيح طبيعة العوامل المشتركة التي تربط بين الحالتين في سياق فصل تالٍ عند مناقشة أسباب الإصابة بهذا الاضطراب وشروطه.

حالتا توحد:

(١) الطفلة (لوسي)

الطفلة «لوسي» Lusy طفلة نشيطة وجذابة عمرها ($\frac{1}{2}$ ٤) أربعة سنوات ونصف تبدو طبيعية تمامًا. لديها تآزر بدني جيد وترقص باستمتاع وبهجة وفي بعض الأحيان نجدها تنظر إلى الأشياء من زوايا شاذة وأحيانًا أخرى تستلقي على الأرض كي تفعل ذلك. وبرغم أنها لا تظهر رغبة في الاتصال الجسدي أو المعانقة إلا أنها لا تبدي تجنبًا لذلك. أما التواصل عن طريق النظر[١] Eye contact فقد كان ضعيفًا

---

(١) التواصل عن طريق النظر. التواصل البصري: Eye contact

ويقصد به النظر إلى الشخص الذي يحادثنا أو يحاورنا. ويعتبر الحفاظ على التقاء العينين أمرًا أساسيًا في التواصل والتفاهم بين المعالج والمريض خلال المقابلات. وكثيرًا ما يكون التقاء العينين خطوة مبدئية في علاج الطفل، ولتقوية هذه العلاقة البصرية، قد يمسك المعالج بقطعة من الحلوى قريبة من عينيه ويقدمها إلى الطفل إذا نظر نحوه. وهذا التواصل البصري يستخدم كمتغير في بعض دراسات علم النفس الاجتماعي ليمثل درجة الدفء في العلاقة البينية الشخصية، أو درجة القرب بين شخصيتين (جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي، ١٩٩٠، ج٣: ١٢٣٥).

وعلى الرغم من الاعتقاد السائد هو أن الأطفال التوحديين يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن الطفل التوحدي لا يطيل تركيز البصر على أي شيء، وليس فقط على أعين الآخرين كما يتوقع البعض، وتكمن الغرابة في عدم قدرة الأطفال التوحديين على التواصل البصري

تعقدها اللغوي، إلا أنها تكون قليلة الصلة بالموقف. وتعرف هذه السمة باسم المصاداة المرجأة Delayed Echolalia، آية ذلك أنها تقوم بترديد بعض العبارات والجمل بعد فترة من وقت سماعها. كما لم تكتسب «لوسي» قدرتها على الكلام واللغة في العمر الطبيعي، لهذا السبب تم تحويلها إلى أخصائيي علاج الكلام واللغة لتقييم وتقدير هذا التأخر وهناك تم تشخيص حالتها على أنها تعاني من اضطراب غير مألوف في اللغة. ولم يتم تشخيص حالة «لوسي» كحالة توحدية إلا بعد بلوغها سن الرابعة.

(٢) الطفل (ديفيد):

أما الطفل الثاني فيدعي «ديفيد David ويبلغ من العمر ($\frac{1}{2}$٦) السادسة والنصف، وهو أيضًا طفل جذاب. ذلك أنه طفل مبتسم وسعيد وله نظرة غالبًا مالا تكون مركزة على شيء محدد. أما التواصل عن طريق التقاء البصر فيتسم بعدم الثبات إلا عندما يكون انتباهه موجهًا إلى أشياء تثير اهتماماته الخاصة.

ويتراوح مدى الانتباه لهذه الأشياء ما بين التليفزيون وشاشة الفيديو إلى التفاصيل غير الجوهرية للصور المطبوعة في الكتب والتي يتأملها باستمتاع عظيم.

وقد كان نموه البدني يبدو طبيعيًا برغم بعض المظاهر الشاذة – مثل المشيء على أطراف أصابع القدم Tiptoe walking وقد لوحظت مشيته تلك في حوالي سن الثالثة. أما الآن فإنه يبدو متأخر النضج بدنيًا. فلديه عادة مص اللسان واليدين، كما أنه يلوي يديه ويحركهما باستمرار بصورة تجعله – عندما يكون ضمن مجموعة من الأطفال العاديين – بادي الشذوذ. وعلى العكس من لامبالاة «لوسي» بالاتصال الجسدي وعدم اهتمامها بعناق الآخرين، فإن «ديفيد» يرغب دائمًا في أن تعانقه أمه، ويحتاج إلى مجهود لإقناعه بالاستغناء عن الملامسة واستشعار حرارة جسد الآخرين،

كما يحتاج بالإضافة إلى ذلك إلى محاولات عديدة لإقناعه بأن يكف عن الحديث والاستغراق في النظر إلى السيقان ذات الجوارب مثلاً.

وبعيداً عن تلك الاهتمامات التي سبق وصفها، وبالإضافة إلى إمكانية أنه قد يرغب في استكمال بعض ترتيبات الأشياء بشكل معقد، فإن «ديفيد» لا يرغب في أن ينخرط في أي أنشطة ذات معنى، ويمكن أن يصدق عليه وصف «كسول» وذلك على العكس من انشغال «لوسي» الدائم. كما أنه لا يظهر أدنى وعي بالخطر، وعندما يصطحبه أحدهم إلى المنتزه فإنه عادة ما يركض شاردًا ما لم تكبح جماحه بإحكام.

ومن الجوانب غير الملائمة في نمو «ديفيد» رفضه استخدام المرحاض واقفًا، وإقباله على أنواع قليلة جدًا من الطعام. وعندما يوجه إليه الحديث فقد يستجيب وقد لا يستجيب. وعمومًا، يمكن القول أن «ديفيد» لا يستخدم الكلام، رغم أنه قادر على تكوين الكلمات والجمل التي تتلاءم مع احتياجاته. فهو لا يهتم بالتواصل مع الآخرين، وإن كان يغمغم – وأحياناً يهتف صاخبًا – دونما سبب واضح. وفي بعض الأحيان يصدر بعض العبارات القصيرة غير الملائمة وغير ذات المعنى. على سبيل المثال: «اذهب مع. خط الطواحي». ولكن هذا النشاط من النوع النادر ولا يقارن بقدرات «لوسي» التعبيرية. بالإضافة إلى هذا النمو المنحرف والسلوك غير الطبيعي، فإن قدرات «ديفيد» التعلمية (أو مهاراته المعرفية) محدودة للغاية. وهو لا يختلف في ذلك حقيقة عن أي طفل يعاني من صعوبات تعلم شديدة.

إن وصفنا للخصائص والسمات المميزة لكل من «لوسي» و «ديفيد» يوضح المدى الواسع لتباين طبيعة اضطراب التوحد. وعلى الرغم من أن التشخيص قد يفسر النمط المحير لصعوبات النمو، فإن كل طفل يعاني من اضطراب التوحد يعانيه بطريقته الخاصة. فالأطفال التوحديين – في الحقيقة – متفردون مثل كل الأطفال العاديين. وفي فصل تال سوف نناقش مفهوم التوحدية الممتد على متصل

يبين شدتها. عندئذ تصبح الصورة الكلينيكية المميزة لكل من «لوسي» و «ديفيد» أكثر فائدة في إيضاح طبيعة اضطراب التوحد.



الفصل الثاني

اضطراب التوحد

نظرة تاريخية

❖ مقدمة

أولا: مراجعة تاريخية لاضطراب التوحد.

ثانيا : التوحد كاضطراب اجتماعي ثلاث الجوانب :

أ – جوانب القصور في العلاقات الاجتماعية

ب – جوانب القصور في التواصل الاجتماعي

جـ – جوانب القصور في الفهم الاجتماعي والتخيل

❖ كلمة ختامية

الفصل الثاني

اضطراب التوحد: نظرة تاريخية

مقدمة:

لكي نفهم التوحد كاضطراب نمائي يحدث في فترة الطفولة خاصة الطفولة المبكرة – يتعين بالضرورة أن ننظر إلى بدايات الإشارة إليه كمرض نفسي – أي بداياته من الناحية التاريخية. ويكاد يتفق الباحثون والمهنيون الذين يتعرضون لدراسته على أن بداية الإشارة إليه، بل ووصف أعراضه كانت على يد «كانر»(١) وكان ذلك في عام ١٩٤٣، فقد سجل «كانر» قائمة بعدد من الملامح التي تحدد – على المستوى النظري – الأطفال الذين يعانون من هذه الملامح التي تعكس بدورها إصابتهم بأعراضه.

وقد تسبب استخدامه لمصطلح «اجتراري» أو «توحدي» Autistic بعض الخلط والتشويش الناجم عن استخدامه بشكل غير دقيق منذ بدء ظهوره، فقد كان يستخدم فيما سبق في ضوء ارتباطه بالإنسحابية المتوجهة إلى حياة وهمية كما هي تبدو لدى الفصاميين(٢). في ذلك الوقت، ظهر أن هذه الأعراض تصيب الأطفال الذين

---

(١) ليو كانر Kannar, Leo

طبيب نفسي أمريكي متخصص في الأطفال، ولد في المجر عام ١٨٩٤، وهو مؤلف كتاب طب نفس الطفل عام ١٩٣٥ (Child psychiatry) وهو أول كتاب في الموضوع باللغة الانجليزية، ولقد اشتهر «كانر» بدراساته في الاجترارية الطفلية infantile Autism وهو يميز بينها وبين فصام الطفولة. وتسمى هذه الاجترارية مرض كانر، وزملة كانر (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج٤: ١٨٦٧).

(٢) الفصام (شيزوفرينيا) Schizophrenia :

شكل من أشكال الأمراض العقلية تسمى الأذهنة الوظيفية. ويعرف الفصام بأنه تدهور في وظائف التفكير والإدراك والمزاج، وانقسام في وظائف الشخصية لا يوجد لها أساس معروف.

ومن الخصائص العامة التي تميز الفصام ما يلي:

(أ) وجود هواجس وهلاوس لا أساس لها في الواقع كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجية.

ينتمون إلى آباء وأمهات على قدر عال من الثقافة والتربية وممن ينتمون بدورهم إلى طبقات اقتصادية اجتماعية مرتفعة المستوى. ولكن يبدو أن وجهة النظر هذه تعكس مدى التحيز في عزو هذا الاضطراب إلى أسباب معينة أكثر من عزوه إلى الحقائق الكلينيكية.

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه من المفيد أن نضع قائمة تتضمن هذه الأعراض، ذلك أنها لا تزال ذات صلة بهذا الاضطراب، وتوضح إلى حد كبير «التوحدية» في صيغتها وشكلها التقليدي الكلاسيكي.



(ب) اضطراب في شكل التفكير، وهو الانتقال من موضوع إلى موضوع آخر دون وجود ترابط بينهما.
(ج) اضطراب عمليات التفكير
(د) اضطراب الوجدان.
(ه) اللا اكتراث أو التسطح الانفعالي.
(و) الاضطرابات الحسية والحركية.
(ز) العجز عن اتخاذ القرارات

تضم هذه القائمة – كما وضعها «كانر» - تسعة بنود – وذلك على النحو التالي:

(١) **العجز عن تنمية أو إقامة علاقات مع الآخرين**

An inabulty to debelop relationships

وهذا البند يعني أن الطفل التوحدي Autistic child سوف يجد صعوبة بالغة في أن يتفاعل مع الناس، ويميل إلى أن يظهر اهتمامًا أكبر بالأشياء والموضوعات والجمادات أكثر من اهتمامه بالكائنات الإنسانية الأخرى.

(٢) **التأخر في اكتساب اللغة**

Delay in the acquisition of language

فعلى الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظلون خرُسًا Mute، إلا أن بعضهم الآخر يستطيع أن يكتسب اللغة، ولكن معظم هؤلاء الذين يكتسبون اللغة يتباينون إلى حد كبير من حيث ظهور هذا الاكتساب، ويبقى معظمهم متأخرًا بشكل ملحوظ عن أقرانهم من الأطفال العاديين الأسوياء في نموهم.

(٣) **عدم استخدام اللغة المنطوقة في التواصل مع الآخرين بعد اكتسابها:**

Non – Communicative use spoken language after it develops

وهذا البند يصف السمة الغريبة التي تميز على نحو خاص الأطفال التوحديين. فبدلاً من استخدام الكلمات الملائمة في السياق المطروح أثناء الكلام نجدهم يعانون صعوبة واضحة في توظيف هذه الكلمات أو العبارات في محادثات أو حوارات ذات معنى مفهوم.

(٤) **المصادة المرجأة: Delayed Echolalia**

وهذا البند معناه أن الطفل التوحدي يكرر الكلمات والجمل وهذا الترديد والتكرار من أخص خصائص الأطفال التوحديين.

(٥) **الاستخدام العكس للضمائر[1] Pronominal reversal**

وهذا البند معناه ببساطة أن الطفل يستبدل بالضمير «أنت» You، الضمير «أنا» I. فعلى سبيل المثال، يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي: هل تريد البسكويت؟ Do you want a biscuit?، فتكون إجابة الطفل: أنت أريد البسكويت. You eant a biscuit ...وما إلى ذلك.

(٦) **اللعب التكراري المنمط[2] (المقلوب):**

Repetitive and stereotyped

من الناحية النمطية، يمكن القول أن لعب الأطفال التوحديين يكون في نطاق محدود ومحدد تمامًا. فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط، ولا تنمي أو تطور أية أنواع من اللعب التظاهري Pretended play أو اللعب التخيلي Imaginative play. الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحديين خلال ممارسة اللعب يفتقد الإبداع والتجديد والتخيل. ففي حين يبدأ الأطفال العاديون باستخدام خيالهم في اللعب ابتداءً من سن ١٨ شهرًا، كأن يلعب الطفل بكوب ورق ويستخدمه على أنه قبعة – مثلاً – فإنه يندر أن يُلاحظ ذلك على لعب الأطفال التوحديين، وغالبًا ما يستدل بغياب القدرة على اللعب بهذه الطريقة على احتمالية إصابة الطفل بالتوحد.

---

(١) الاستخدام العكسي للضمائر، قلب الضمير Pronoun reversal

ظاهرة كلامية تلاحظ في حالات الاجترارية «التوحدية» الطفلية حيث يشير الطفل لنفسه بضمير المخاطب، أو الغائب بينما يتحدث عن الآخرين ويشير إليهم بضمير المتحدث.. وهكذا يشير الطفل لنفسه بكلمة «أنت» ويشير إلى شخص آخر بكلمة «أنا» (جابر وكفافي، ١٩٩٣، جـ٦، ٣٠٠٤).

(٢) يقصد بالسلوك النمطي «المنمط أو المقلوب Stereotyped behavior

السلوك الجامد غير المرن، بغض النظر عن التغيرات في السياق والنتائج التي نبغي أن تؤدي إلى تعديلات في كيفية تصرف الفرد. أي أنه سلوك يتبع نمطًا واحدًا متكررًا (جابر وكفافي، ١٩٩٥، جـ٧: ٣٧٢٦)

(٧) **الحفاظ على الرتابة** Maintenance of sameness

وهذا البند يصف الإصرار والإلحاح الذي يبدو واضحًا لدى كثيرين من الأطفال التوحديين في مقاومة التغيرات التي تطرأ على محتويات البيئة المحيطة بهم، أو حياتهم اليومية بشكل عام.

(٨) **الذاكرة جيدة الحفظ الصم «استظهارًا من غير فهم»**

Good rote memory

ذلك أن كثيرين من الأطفال التوحديين يقومون بأعمال فذة لافتة للنظر وغير عادية من أشكال التعلم المعتمد على الذكرة وحفظ واستظهار المعلومات.

(٩) **المظهر الجسمي العادي:** Normal physical appearance

وهذا البند هو الملمح الشخصي الأخير الذي شجع «كانر» على أن يعتقد أن الأطفال التوحديين يتمتعون بشكل ثابت لا يتغير- بقدر سوي من نسب الذكاء، وهذا الانطباع هو الذي تم مؤخراً في بعض الدراسات المقارنة الحديثة إهماله وإسقاطه من الاعتبار.

ومما تجدر الإشارة إليه هنا، أن «كانر» قد خفض – بعد إعلانه لهذه البنود التسعة بفترة معينة من الزمن – عددها، بحيث أصبحت الآن تتضمن بندين أساسيين جوهريين يتضمنان كافة ملامح التوحدية وهذان البندان هما:

(١) الحفاظ على الرتابة لدى الأطفال ذوي الأعمال الروتينية المتكررة.

(٢) التوحد المتطرف، والذي يبدأ عادة في خلال العامين الأولين من عمر الطفل.

غير أن التقليص والإنقاص لعدد البنود التي تشير إلى ملامح التوحد، كان سببًا في إحداث المزيد من الحيرة والارتباك، ذلك أن كثيرين من الأطفال، في سياق إظهارهم بوضوح أنهم يعانون من نمط معين من الصعوبات، لا تطابق صعوباتهم

هذه مع المعايير التي ربما تم انتفاؤها فقط من حالات من الأطفال يوصف توحدهم بأنه من النوع التقليدي.

وفي نفس التوقيت الذي قدم فيه «كانر» هذان البندان، كان الطبيب النفسي- النمسوي «هانز اسبيرجر» Hans Asperger (١٨٤٤ – ١٩٥٤) قد تعرف بشكل مستقل تمامًا عن بنود «كانر» على نمط من السلوك غير العادي لدى مجموعة من المراهقين، والتي اختار له تسمية هي «السيكوباتية التوحدية» Autistic psychopathy ويقصد بها «اسبيرجر» نوع من الشذوذ أو اللاسواء في الشخصية. ونظرًا إلى أن «اسبرجر» كان قد كتب عن هذا النمط من السلوك باللغة الألمانية في سنوات الحرب، مع توصيفات كلينيكية مفصلة لهذا النمط، إلا أنه لم يكتب لدراسته هذه إلا انتشارًا في نطاق محدود، وبالتالي لم يكن متاحًا لأحد أن يتعمق في فهها وأن يمحصها بمزيد من الفهم. وواقع الأمر، أن أفراد العينة الألمانية في دراسة «اسبيرجر» دلت على أن كل من «اسبرجر» و«كانر» قد قدم وصفًا لنفس الأعراض لنفس الاضطراب.

أما «ديجبي تانتام» Tantam, Digby، فقد اقترح في نشرته الصادرة عن الجمعية القومية للطفل التوحدي National Autistic Society Publication وكانت بعنوان «للعقل الخاص للفرد» A mind of One,s Own أن هناك مجموعة فرعية من الأفراد التوحديين الذين يتميزون بأنهم من طراز اجتماعي النزعة(١) Sociable type، وتصرفاتهم تكون على درجة عالية من الحمق، ويتمتعون بمهارة لفظية، وبمقدورهم تنمية اهتمامات خاصة إلى حد كبير. وقد استخدم «تانتام» مصطلح

---

(١) طراز اجتماعي Social type, Sociable type

شخص تحدد مراميه وقيمه على أساس اجتماعي في الأساس، ويستخدم هذا اللفظ أيضًا كمكافئ للنمط الاجتماعي عند «شبرانجر» ويتسم نمطه بأنه ودود ويراعي الآخرين ويألفهم ويعطف عليهم (جابر وكفافي، ١٩٩٥، ج ٧: ٣٦٢٠)

زملة «اسبيرجر»[1] Asperger,s syndrome لتحديد الأفراد الذين يعانون من هذا الجمع من الصعوبات.

وهناك من الباحثين والمهتمين بهذا الموضوع، يرون أن تلك التسمية جاءت على قدر كبير من الفائدة من حيث محاولة اختصار وصف فئة الأفراد التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية أو الأكثر مهارة من الناحية الاجتماعية. وعلى أي الأحوال، يمكن القول أن المناقشات قد استمرت حول وجود علامات فارقة دقيقة بين نوعيّ كل من البنود التي ذكرها «كانر» ونمط السلوك غير العادي عند «اسبيرجر»، وسلوكيات المجموعات الفرعية عند «تانتام». كما يمكن القول أن النشرة التي صدرت عن «التوحد وزملة أعراض اسبيرجر» والتي حررتها "أوتا فريث" قد فسرت بوضوح بعض هذه القضايا وأوضحت على الأقل دقائقها.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه منذ ذلك الحين، قام باحثون آخرون بتقديم قوائم تتضمن بنودًا لها معايير خاصة من وضعهم هم، وكان من الأمور العادية المألوفة على مدى عدد غير قليل من السنين أن يشخص اضطراب التوحد بواسطة حصر عدد من النقاط «الأعراض» الأساسية الضرورية. ومن الواضح أن نسق تشخيص اضطراب التوحد على هذا النحو لابد أن يكون موضع ضعف ويعاني من عدة

---

(١) زملة اسبيرجر. متلازمة اسبيرجر: Asperger syndrome

ظهر مصطلح «متلازمة اسبيرجر» لأول مرة عام ١٩٨١ عندما نشرت «لورنا وينج» Lorna Wing دراستها عن هؤلاء الأطفال واعتمدت في محاكاتها التشخيصية على الدراسة التي قدمها الطبيب النمساوي «اسبيرجر» في عام ١٩٤٤، والتي نشرت باللغة الألمانية؛ لذلك لم تعرف هذه المحكات في العالم الغربي إلا من خلال دراسة «وينج» التي قدمت هذا التشخيص لمحاولة كسب الاعتراف بفئة من الأشخاص التوحديين الذين يتميزون بكفاية وظيفية جيدة نسبيًا، ولكن لا ينطبق عليهم تمامً كل محكات اضطراب التوحد. وحصلت زملة «اسبيرجر» على الاعتراف الرسمي – لأول مرة – عند وضعها في الدليل التشخيصي العالمي العاشر (ICD.١٠) عام ١٩٩٤ كإحدى فئات الاضطرابات النمائية الشاملة. وتابعة في ذلك الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM-IV).

مآخذ. فقد تتوافر لدى طفل ما (٨) ثمانية ملامح من البنود التسعة التي ذكرها «كانر»، ورغم ذلك نتأكد من أنه «غير توحدي».

وعلى أية حال، ونظرًا لأن الباحثين حصلوا على فهم أفضل لهذا الاضطراب، هناك في السنوات الأخيرة منحي أكثر حكمًا على هذا الاضطراب بصورة صائبة وحصيفة، بل وأصبح هذا المنحي راسخًا لدى العديد من الكلينيكيين والأخصائيين النفسيين.

ومن ناحية أخرى، هناك أحد الأطباء النفسيين يدعى دكتور «ميشيل روتر» Michael Rutter، قدم – هو الاخر – إسهامًا مهمًا وجدير بالاعتبار حول فهم التوحد، بالإضافة إلى العجز اللغوي[1] Language disability، واتخذ له طريقًا نحو مزيدٍ من وجهة النظر الأكثر تماسكًا لهذا الاضطراب. وعلى الرغم من أن قائمته احتوت على بنود طويلة إلى حدٍ كبير، إلا أن نقاط قائمته كانت مبنية على أساس أكثر عمومية ورحابة. وقد قدم «روتر» عدة تعريفات متباينة متنوعة لاقت قبوللا لدى العديد من الباحثين وهي تعريفات يتعلق بعضها بذكاء الطفل التوحدي، ورأى أن نسبة الذكاء[2] IQ ذات أهمية في تحديد الطفل التوحدي كما هي ذات أهمية

(١) عجز لغوي Language disability

وهو اضطراب في الكلام أو الكتابة يتسم بإخفاق في اتباع القواعد التي تحكم المعنى أو التركيب، كما أن هناك إشارة إلى ما يسمى عجز لغوي عام General Language disability ويقصد به اضطراب لغوي ذو مدى عريض نجده في الأطفال، ويتسم بتأخر الكلام، وطول مدة استخدام الكلام الطفلي، وظهور صعوبات في القراءة والهجاء. وقد ينشأ هذا العجز عن تلف مخي ضئيل (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج٣ : ١٣٨٢، جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤ : ١٩١٩).

(٢) نسبة الذكاء IQ

تقدير للذكاء يعتمد على اختبارات نفسية، ويتم حسابها بقسمة العمر العقلي على العمر الزمني مضروبًا في ١٠٠ لحذف الكسور. وهناك من يتحدث عن ثبات نسبة الذكاء Constancy Of the IQ ويعني به ميل نسب الذكاء إلى البقاء هي تقريبًا عند تطبيق نفس الاختبار على الفرد مرة

أيضًا في تحديد الأطفال غير التوحديين Non – Autistic children. وهذه الإشارة لأهمية نسبة الذكاء استمدت أهميتها من كونها بدلت وغيرت اتجاه الدراسة والبحث لدى الباحثين بعيدًا عن الزعم القائل بأن الأطفال التوحديين يختلفون من حيث الذكاء تمام الاختلاف عن الأطفال العاديين الأسوياء، والذي كان يقول به «كانر» ويفرق به بين النوعين من الأطفال.

كما تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن الدكتورة «إليزابيث نيوصن» Dr. Elizabeth Mewson من جامعة نوتنجهام Nottingham University قد توسعت في الأخذ بمعايير «روتر»، وفي حين يشير «روتر» إلى النمو اللغوي المرجأ والمنحرف أو الانحراف والتأخر في نمو اللغة Delay and Deviant Language development، تشير «نيوصن» إلى القصور الموجود في كل نماذج التواصل لدى الطفل التوحدي، والتي تتضمن من وجهة نظرها التعبيرات الوجهية Facial expression والإيماءات.

وكل من «روتر» و «نيوصن» يكرران ما سبق أن أشار إليه «كانر» من ضرورة الرجوع إلى العمر الذي بدأت فيه التوحدية. وأما قضية الفهم الأفضل لطبيعة

أخرى، أو عند تطبيق اختبارات أخرى عليه (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج٢ : ٧٢٩).

وهناك أيضًا إشارة إلى ما يطلق عليه انحراف نسبة الذكاء Deviation IQ وهي درجة معيارية على اختبار ذكاء له متوسط (١٠٠) وانحراف معياري خاص بالاختبار الذي طبق (جابر وكفافي ١٩٩٠، ج ٣ : ٩٤٥).

وهناك نقاد يعتبرون مفهوم نسبة الذكاء وغيرها من مقاييس الذكاء قاصرة من حيث تعبيرها عن حتمية بيولوجية تخدم الأغراض التعصبية إزاء الأجناس، وهم يبرزون أن اختبار نسبة الذكاء هو إلى حدٍ كبير مقياس لمهارات مكتسبة ومعرفة متعلمة ولا يمثل ببساطة قياسًا لقدرة فطرية كامنة، وأن كثيرًا من المفحوصين ليست لديهم عادات الطبقة المتوسطة من عكوف عليها وإتباع لتعليماتها، ولكنهم في نفس الوقت يقومون بأعمالهم بكفاءة في عالم الواقع، ويشيرون إلى ما تعرضت له الحقائق بهذا الصدد من سوء تفسير لبحوث نسبة الذكاء (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤ : ١٨٢١).

اضطراب التوحد، فإنها قضية تبدو الآن أقل أهمية وجدوى. وأما ما يتعلق بوضع السن الذي يبدأ فيه اضطراب التوحد في الاعتبار فربما يكون التوجه الآن هو التركيز على السن الذي يمكن التعرف فيه على التوحد لدى الطفل بشكل نهائي أو على نحو حاسم.

وهذا التراكم في المعرفة والمعلومات حول اضطراب التوحد، يوضح أنه ليس اضطرابًا ثابتًا واضح المعالم مثل مرض الحصبة على سبيل المثال، بمعنى إما أن يكون عندك أو لا يكون عند الحصبة، ذلك أن التوحد طيف أو «سلسلة» من الصعوبات تظهر في تجمعات معينة من الأعراض المحتملة الحدوث.

ومن ناحية ثانية، هناك من الباحثين (أرونز، جيتز، ١٩٩٢) من يعتقد أن التعريف الوصفي لاضطراب التوحد The descriptive definition والذي قدمته دكتورة «لورنا وينج» Dr. Lorna Wing مستشارة البحث الطبي سابقًا، بوحدة الطب النفسي الاجتماعي Formerly of the medical Research Council Social Psychiatry Unit يقدم أفضل فهم لهذا الاضطراب المركب. وقد أجرت الدكتورة «لورنا وينج» مع زميلة لها هي الدكتورة «جوديث جولد» Dr. Judith Gould دراسة في أسباب هذا المرض ومصادره Epidemiological Study لدى الأطفال المقيمين داخل منطقة سكنية ذات طابع خاص بالعاصمة لندن وذلك في عام ١٩٧٩. وقد اشتملت عينة الدراسة على أي طفل تبدو عليه ملامح اضطراب التوحد، كما اشتملت العينة على جميع الأطفال بهذه المنطقة ممن يعانون من إعاقة عقلية شديدة، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى نتيجة مؤداها أن الصراع الجوهري أو لب الصراع في اضطراب التوحد هو اجتماعي بطبيعته. وهذا أدى بالباحثتين القائمتين بالدراسة إلى القول أنه في حين أن الطفل المعاق عقليًا بدرجة

شديدة[1] يمكن أن يكون اجتماعيًا، بالنسبة إلى عمره العقلي[2]، فإن الطفل التوحدي، بصرف النظر عن قدرته الفكرية «العقلية»، سوف تؤدي ملاحظته إلى القول بأنه يعاني من قصور اجتماعي بشكل ممكن رؤيته.

وهذه الصعوبات، التي ظهرت واضحة في ثلاث مجالات مختلفة من التوظيف للأداء العقلي أو الدور الاجتماعي، يصفها العديد من الباحثين بأنها «أوجه القصور

---

(١) تخلف عقلي شديد / متخلف عقليًا بدرجة شديدة

Severe mental retardation/ Severely retarded

مصطلح تربوي المنشأ يستخدم للإشارة إلى انخفاض مستوى الأداء العقلي للفرد عن مستوى أقرانه المتخلفين عقليًا القابلين للتدرب. وغالبًا ما ينخفض مستوى ذكاء هؤلاء الأفراد بمقدار أربعة انحرافات معيارية عن المتوسط. وقد يستطيع المتخلفون عقليًا بدرجة شديدة الحياة مع الجماعة أو ضمن نظام الإسكان البديل بشرط توفر الرعاية أو الإشراف المستمر عليهم.

وتقع نسبة ذكاء هذه الفئة فيما بين (٣٦ - ٢٠) حسب مقياس «ستانفورد - بينية»، أو فيما بين (٤٠ - ٢٥) حسب مقياس «وكسلر»، ويكشف تخلف أفراد هذه الفئة بعد الميلاد مباشرة أو في مرحلة المهد، ويعانون من قصور شديد في السلوك التكيفي. كما أن بعض أفراد هذه الفئة يمكن تدريبهم على بعض المهارات الخاصة بالعناية بالنفس مثل استخدام المرحاض وارتداء الملابس وتناول الطعام والشراب، كما يمكن تدريبهم على النطق ببعض الكلمات البسيطة. (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ٣٤٥ - ٣٤٦).

(٢) العمر العقلي: Mental Age

وحدة قياس رقمية يتم التوصل إليها بقسمة نتائج الفرد على اختبار الذكاء على متوسط درجات من نفس العمر. أي درجة ذكاء الفرد بالقياس إلى متوسط الذكاء عند الأفراد الأسوياء في نفس عمره، فإذا قلنا أن طفلً عمره العقلي ثمان سنوات، فمعنى هذا أن هذا الطفل لديه من الذكاء ما يتساوى مع الأطفال متوسطي الذكاء الذين هم في سن الثامنة من أعمارهم الزمنية. وقد يزيد العمر العقلي للفرد عن عمره الزمني أو يقل فالطفل الذي يبلغ من العمر أربع سنوات ويحصل على نسبة ذكاء (IQ) (١٥٠) يكون لديه عمر عقلي يساوي (٦) سنوات. ومقياس العمر العقلي في الأداء ليس فعالاً بعد عمر الأربعة عشر عاماً. ويعرف العمر العقلي اختصارًا بالحرفين (MA) (جابر وكفافي، ١٩٩٢، جـ ٥: ٢١٤٥).

الثلاثـي للتفاعـل الاجتماعـي» The triad of Impairments Of Social Interaction.

وعندما وصفت «لورنا وينج» Wing L في أحدث دراسة لها هذا الثالوث الممثـل للقصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفـال التوحـديين، وذلـك بـإجراء دراسـة تتبعية على الأطفال عينة الدراسـة الأولى الأساسـية (التوحـديين والمعـاقين عقليًـا) (والذين هم الآن يدلفون إلى مشارف المراهقة)، نقول عندما وصفت «ويـنج» هـذا القصور الثلاثي تكون بهذا قد أكدت على الفكرة القائلة بأن اضطراب التوحد يقـع على متصل Autism is on a continuum، وهذا معناه أنه لم يعد هناك تعريف محـدد واضح المعالم تمامًا لهذا الاضطراب.

وهذا المتصل الذي اقترحته «وينج» يمكن أن يتضمن جميع الأطفال ذوي السلوك الغريب أو الشاذ وكذلك جميع الأطفال ذوي السلوك غير العادي[1] All the (odd) and atypical children والذين يتعرف علـيهم الكلينيكيـون مصـادفة، والـذين لا يقعون بشكل كامل وصارم داخل نطاق الصورة الكلاسيكية التقليدية للتوحد كما

(١) الأطفال غير العاديين Atypical children هم الأطفال الذين يتميزون بصفات تختلف إلى حدٍ ما عن صفات أقرانهم العاديين، أي أن هذا المصطلح يستخدم لوصف الفرد الذي يختلف بدرجة ملحوظة عن الآخرين من جماعته أو صفة الدراسي أو ثقافته.

وهناك من يترجم Atypical child: الطفل اللانموذجي/ الشاذ ويعني به الطفل الذي يتباين أو ينحرف عن المعيار المألوف بدرجة ذات دلالة وملحوظة، وأنه قديمًا كان يطلق على الذهان الطفولي، وقد استخدمه «ريسر» Reiser بهذا المعنى (الأشول، ١٩٨٧: ٢٩٨).

ويطلق عليه كل من جابر وكفافي (١٩٨٨ : ٢٩٨) مصطلح الطفل الشاذ ويقصدان به طفل ينحرف انحرافًا ملحوظاً عن المعيار في بعض الخصائص الأساسية كالطفل الذي لديه تلف في المخ، أو العاجز عن التعلم، أو المتأخر عقليًا، أو المرتفع الذكاء، أو المضطرب انفعاليًا.

وصفها «كانر» منذ نحو نصف قرن أو أكثر. كما أن أوجه العجز الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين والتي ذكرها باحثون آخرون غير «كانر» لا تزال ثابتة دونما تغيير. وقد ألقت الدراسة التي أجرتها كل من «ونج وجولد» Wing and Gould ضوءًا قويًا على أوجه العجز الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين وركزت الانتباه على كونها نقاط جوهرية في تحديد أعراض اضطراب التوحد. ويمكن الإشارة إلى الجوانب الثلاثة لأوجه العجز الثلاثي للتفاعل الاجتماعي على النحو التالي:

١ – الضعف «القصور» في العلاقات الاجتماعية:

An impairment of Social relationships

٢ – الضعف في التواصل الاجتماعي:

An impairment of Social communication

٣ – الضعف في الفهم الاجتماعي والتخيل:

An impairment of Social Understanding and Imagination.

وترى كل «أرونز وجيتنز»، ١٩٩٢ (١٩٩٢) Aoronsand Gittens أننا بحاجة إلى أن ننظر إلى كل مجال من هذه المجالات بشيء من التفصيل، وذلك سعيًا وراء تحقيق المزيد من التوضيح. وعلى هذا، قدمت كلتاهما قائمة بعدد من النقاط أو المستويات على المتصل الذي قدمته واقترحته «وينج»، وتصف الأرقام المدونة تحت كل مجال الأطفال المعاقين عقليًا بدرجة شديدة، وأما الأطفال التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية فربما يتم تحديدهم من خلال التوصيفات المشار إليها في البنود التي تحمل رقم (٤) في كل مجال من مجالات القصور الثلاثة[1]. وعلى أية حال،

(١) حين تتجمع البنود التي تحمل رقم (٤) في كل مجال من مجالات القصور في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، فإنها تشير حينئذ إلى الأطفال التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية، وهذه البنود هي.

(أ) القيام باتصال اجتماعي على الرغم من افتقاره إلى الفهم الصحيح للقواعد الثابتة المعمول بها من

يتعين علينا أن نضع نصب أعيننا أيضًا أن المستويات التي احتوت عليها القائمة هي مستويات تحكمية، ومن ثم، فمن المتوقع عند التطبيق الفعلي لهذه المستويات أن يكون هناك أطفال من حيث التوظيف الاجتماعي يقعون على أي نقطة على امتداد المتصل.

وفيما يلي عرض لهذه المجالات الثلاث بتفصيل أكبر:

المجال الأول: الضعف أو القصور في العلاقات الاجتماعية:

An impairment of Social relationships

ويتضمن هذا المجال أربعة أبعاد على النحو التالي:

١ – العزلة واللامبالاة بالآخرين

Aloofness and indifference to others.

٢ – تقبل الاقتراب الاجتماعي من قبل الآخرين (بسلبية)

Accepting of social approaches by others (passive).

٣ – القيام باقترابات اجتماعية نحو الآخرين، لكنه يكون من جانب واحد.

Males social approaches by others which are one –sided

وربما يطلق العنان للاهتمامات غير العادية أو الشاذة، أو الغريبة، ومن الأمثلة على هذا النوع من الاهتمامات، السكك الحديدية، جداول مواعيد القطارات والطائرات... الخ، المكانس الكهربائية، الغسالات الكهربائية، مغاسل تنظيف

نطاق السلوك الاجتماعي المقبول.

(ب) الكلام الكثير جداً، بصرف النظر عن استجابة المستمعين، وعدم الدخول في حوارات أو محادثات متبادلة.

(جـ) الوعي بأن هناك شيئًا ما يدور في عقول الآخرين، بالرغم من أن الطفل التوحدي لا يملك استراتيجيات يمكنه من خلالها أن يكتشف ما هي هذه الأشياء.

الثياب وتطهيرها، والأدوات الميكانيكية التي يتم بها فحص الناس بأشعة إكس، والمقاعد المكسورة في الحدائق.. وما إلى ذلك.

٤ – القيام باتصال اجتماعي Makes social contact، لكنه اتصال يفتقر إلى الفهم الصحيح للقواعد الثابتة المعمول بها في نطاق السلوك الاجتماعي المقبول.

المجال الثاني: الضعف أو القصور في التواصل الاجتماعي:

An impairment of Social communication

ويتضمن هذا المجال أربعة أبعاد على النحو التالي:

١ – غياب أية رغبة في التواصل من الآخرين:

Absence of any desire to communication with others.

٢ – يقتصر التواصل على التعبير عن الحاجات فقط

Communication [1] confined to the expression of needs only.

---

(١) التواصل Communication

نوع من التفاعل المتبادل، حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر، ففي مثل هذا النظام نجد الرموز إلى محتويات الفكر. ويحتوي التواصل على عمليتين أساسيتين هما الإرسال والاستقبال. فالإرسال هو القدرة على التعبير عن الأفكار بكلمات وألفاظ مناسبة يفهمها المستمع، أما الاستقبال فهو القدرة على فهم المعلومات التي نتلقاها أو نسمعها من الآخرين. ومن هنا؛ فالتواصل السليم يعتمد اعتمادًا أساسيًا على كل من لغة الفرد وكلامه. وإذا حدث اضطراب لدى الفرد في واحدة منهما، أو في الاثنين معًا أدى إلى اضطراب في التواصل communication disorder وبهذا فإن اضطراب التواصل هو عجز الفرد عن أن يجعل كلامه مفهوماً للآخرين، أو عجزه عن التعبير عن أفكاره بكلمات مناسبة، وكذلك هو عجزه عن فهم الأفكار أو الكلمات التي يسمعها أو يتلقاها من الآخرين بصورة منطوقة أو مكتوبة.

٣ – إصدار التعليقات الواقعية، لا يكون جزءًا من التبادل الاجتماعي، وغالبًا ما يكون مقطوع الصلة بالسياق الاجتماعي.

Makes Factual comments, not part of a social exchange, and often irrelevant to the social context.

٤ – يتكلم كثيرًا جدًا، ولكن بغض النظر عن إستجابة المستمعين، ولا ينخرط في أية حوارات أو محادثات متبادلة.

Talks a great deal, but regardless of listeners, and dose not engage in reciprocal conversation

المجال الثالث: الضعف أو القصور في الفهم الاجتماعي وفي التخيل.

An impairment of social Understanding and Imagination

ويتضمن هذا المجال أربعة أبعاد على النحو التالي:

١ – غياب لعب المحاكاة واللعب التظاهري:

Copying and pretend play are absent

٢ – ربما تكون هناك محاكاة لأفعال الآخرين

May copy the action of others

ولكن هذه المحاكاة تكون دون فهم حقيقي لمعانيها أو أغراضها.
(فربما يقوم الطفل / الطفلة بإعطاء حمام للعروسة الدمية.. الخ).

٣ – التكرارية والنمطية أو القولبية في أداء الدور

Repetitive and stereotyped enacting of a role.

ولكن بدون أي تنوع أو مشاركة وجدانية وتعاطف (إمباثية)، بمعنى أن الطفل قد يقلد شخصية تلفزيونية ويتعاطف معها أو قد يؤدي دور بعض الأشياء والجمادات مثل الطائرة مثلاً.

٤ – الوعي بأن هناك شيئًا ما يدور في عقول الآخرين.

Awareness that something goes in the minds of others.

ولكن الطفل لا يملك استراتيجيات يكون بمقدوره من خلالها أن يكشف ما هي هذه الأشياء. (على نحو ضئيل يظهر الناس الذين يعانون قصورًا ما أن لديهم قدرة عقلية إلى حد ما، في التعرف على الآخرين، وفي إدراك الإحساسات والمشاعر، ولكن هذه القدرات تكون مكتسبة بالتعلم، أكثر من كونها تعاطفًا بالفعل).

كما تجدر الإشارة هنا، إلى أن «وينج Wing ربطت بين السلوكيات الشاذة المشاهدة لدى الأطفال التوحديين وهذه المستويات من التوظيف الاجتماعي Social Functioning. فبينما يصدر عن الأطفال ذوي التوظيف الاجتماعي المنخفض استجابات غير عادية وشاذة بشكل متكرر للمثيرات الحسية، بالإضافة إلى الحركات الغريبة الشاذة مثل قذف الأشياء بعنف، على الأقل لدى الأطفال المعاقين بشدة، وأكثر ميلاً نحو إبراز المهام الخاصة التي تكون عند مستوى يتجاوز عمرهم الزمني[1] Chronological age

والشكل التالي يلخص المجالات الثلاث الرئيسية وبنودها الفرعية:

المجالات الثالثة لأوجه العجز الثلاثي للتفاعل الاجتماعي عند الأطفال التوحديين.

---

(١) العمر الزمني : Chronological age

العمر منذ الميلاد، وهو العمر الفعلي لفرد معين بالسنوات. ويطلق عليه أيضًا عمر التقويم Calendar Age وعمر الحياة Life Age (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج ٢ : ٦٠٧)

المجال الأول: الضعف أو القصور في العلاقات الاجتماعية	المجال الثاني: الضعف أو القصور في التواصل الاجتماعي:
(١) العزلة واللامبالاة بالآخرين. (٢) تقبل الاقتراب الاجتماعي من قبل الآخرين بسلبية. (٣) القيام باقترابات اجتماعية نحو الآخرين لكنه يكون من جانب واحد. (٤) القيام باتصال اجتماعي	(١) غياب أية رغبة في التواصل مع الآخرين. (٢) يقتصر التواصل على التعبير عن الحاجات فقط. (٣) إصدار التعليقات الواقعية، لا يكون جزءًا من التبادل الاجتماعي، وغالبًا ما يكون مقطوع الصلة بالسياق الاجتماعي. (٤) يتكلم كثيراً جدًا، ولكن بغض النظر عن استجابة المستمعين، ولا ينخرط في أية حوارات أو محادثات متبادلة.

المجال الثالث: الضعف أو القصور في الفهم الاجتماعي وفي التخيل
(١) غياب لعب المحاكاة واللعب التظاهري (٢) ربما تكون هناك محاكاة لأفعال الآخرين. (٣) التكرارية والنمطية أو القولية في أداء الدور. (٤) الوعي بأن هناك شيئًا ما يدور في عقول الآخرين.

وأما فيما يتعلق بالنواحي العملية للكيفية التي يتأثر فيها نمو الطفل بهذه الجوانب الثلاثة لأوجه القصور الثلاثي في التفاعل الاجتماعي، فسوف يكون من المتعين أن تصبح أكثر وضوحًا مما هي موصوفة نظريًا، أو أكثر مما هي عند مستوى النقاش والعرض عند إستخدامها في تقدير الأطفال التوحديين (وسوف تكون هناك إشارة إلى هذه التوصيفات النظرية والمناقشات في الفصل الخامس).

وفي التاريخ الطبيعي المألوف لدينا عن اضطراب التوحد، يلاحظ أن التطورات والتغيرات تميل كثيرًا إلى الحدوث والوقوع. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يصبح الطفل غير الاجتماعي Unsociable child، اجتماعيًا بشكل سلبي، ويمكن أن يصبح الطفل السلبي (الخانع الذي يمارس عليه الفعل بأكثر مما يمارسه)، اجتماعيًا ولكن بطريقة غريبة وشاذة. وهنا من الضروري توضيح الفروق بين النمو الاجتماعي المعيب والنمو الاجتماعي غير الناضج Impaired and immature social development.

ففي حين يظهر الأطفال ذوي النمو الاجتماعي المعيب أو الضعيف بعض أو كل الأنماط التي ترجع إلى استعدادات ذاتية في البنية والمزاج Idiosyncratic patterns

التي سبق وصفها، فإن الأطفال غير الناضجين اجتماعيًا يظهرون بروفيلات[١] أكثر طبيعية وسواء، تكون ذات صلة بمستوياتهم النهائية بشكل عام، أكثر مما هي ذات صلة بأعمارهم الزمنية.

كما تتعين الإشارة إلى أن «وينج» قد أسهمت في النقاش الدائر حول وجود زملة أو متلازمة «اسبيرجر»، ومما يذكر في ذلك الصدد أنها قدمت وصفًا لأفراد ينتمون إلى مجموعة فرعية في هذه الزملة وهؤلاء هم الأفراد الذين:

(١) يصدر عنهم طرقا وأساليب اجتماعية وغير ملائمة

Make naïve and inappropriate social approaches

(٢) لديهم اهتمامات محددة وفي نطاق ضيق.

Have narrow circumscribed interests.

(٣) تآزرهم «تناسقهم» الحركي[٢] ضعيف

Have poor motor Co- Ordination.

(٤) (لديهم كلام) أو كلامهم تكراري مطول لدرجة الإملال.

---

(١) ميان، صفحة نفسية، بروفيل Profile
تمثيل بياني لتقديرات الأفراد أو الجماعة أو أية بيانات أخرى عنه بواسطة المنحنيات أو بالرسم البياني بلأعمدة (جابر وكفافي، ١٩٩٣، ج ٦ : ٢٩٨٧).
ويترجمها البعض رسم بياني نفسي ويقصد بها تقديم تصويري أو بياني لنتائج اختبارات عديدة، سواء للجماعة أو للفرد، مع النتائج المنتظمة أو المتسقة أو الدرجات القابلة للمقارنة (الأشول، ١٩٨٧ : ٧٦٥).

(٢) التناسق الحركي، التآزر الحركي Motor Coordination
يقصد بها الفعل التبادلي بكل من الحركات الانعكاسية أو اللاإرادية من ناحية، والحركات الإرادية من ناحية أخرى للجسم. والتي تتطلب الدقة والتوقيات، والتي تتناول الضوابط القشرية والضوابط تحت القشرية لكي تنفذ الأنشطة المعقدة (جابر وكفافي، ١٩٩٢، جـ ٥ : ٢٢٧٤).
ويشتمل التناسق الحركي على السرعة في الأداء الحركي والتناسق أو التآزر في حركة ذراع اليد وحركة الأصابع والعينين.

Have long – Winded repetitive speech.

(٥) ليس لديهم فطرة سليمة أو إدراكا عامًا[١]

Have no common sense.

وهناك نقاش مهم وجدير بالاعتبار حول ماهية الأمور المفهومة ضمنيًا في الصورة المتغيرة التي تتجلى فيها اضطراب التوحد؟ ولماذا يكون الطفل الذي يعاني من بعض الملامح القليلة التي حددها «كانر» فقط توحديًا؟ وماذا عن الطفل الذي يعاني من واحد أو أكثر من الأعراض السابقة الإشارة إليها بحيث يكون العرض أكثر وضوحًا والإعاقة أكثر خطورة؟ وهل هناك خيط عام يجمع بين الأعراض المختلفة؟ وما الذي يربط بينها؟

وفي كتابها المنشور حديثًا والذي يحمل عنوان: اضطراب التوحد: شرح وتفسير اللغز Autism: Explaining قدمت «أوتا فريث» Uta Frith الباحثة النفسية بوحدة النمو المعرفي بمعهد البحوث الطبية، قدمت إسهامًا جديرًا بوضعه في الاعتبار يتعلق بالإجابة عن كافة الأسئلة السابقة التي ذكرناها منذ قليل. وكانت الإجابات مرضية تمامًا من حيث كونها ربطت ذهنيًا بين التجارب والخبرات الكلينيكية في ملاحظة وتقدير عشرات الأطفال التوحديين على مدى عقدين سابقين (١٩٧٠ – ١٩٩٠) وأقامت علاقة سببية ومنطقية بينهما، وكذلك كانت الإجابة مشبعة وكافية جدًا لتفسير النموذج النظري الذي اقترحته في بحث سابق لها. لقد كانت دراسة

---

(١) الإدراك العام Common Sense
- يقصد به بالمعنى الأرسطي، القدرة على إدراك خصائص شيء باستخدام الحواس الأخرى.
- وعندما أحيا «توماس ريد» T. Reid هذه الفكرة كان التركيز على إدراك الخصائص المشتركة بين جميع الحواس.
- المعتقدات والآراء والأفهام للأشياء التي يشارك فيها الإنسان العادي.
- ويعني في اللغة الدارجة الحكم الجيد المستند إلى الاستدلال (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج٢: ٦٧٠)

«فريث» التجريبية قائمة على أساس نظرية «بريماك» الموسومة «نظرية العقل»[١] premack,s theory of mind وهذه النظرية تشير إلى القدرة العقلية على عزو الحالات العقلية بالرجوع إلى محتويات عقلية أخرى أو «المذهب العقلي»[٢] Mental sing وقد سلمت «فريث» بصحة الافتراض القائل أن المذهب العقلي هو القدرة على أن «تتعقل» Mentalise أي تقتنع على المستو العقلي وأن هذه «العقلنة» إن صح هذا التعبير هو ما يفتقده الأطفال التوحديين ويفتقرون إليه.

وسوف تتعين الإشارة إلى هذا العيب العقلي لدى الأفراد التوحديين في فصول لاحقة من هذا الكتاب، وذلك عند النظر إلى الجوانب العملية التطبيقية في تقدير وتقييم الأطفال التوحديين.

وقد حددت «فريث» ما يجب عليهم معرفته على النحو التالي:

تقول أنه لكي نحدد جوهر الملامح التي نبحث عنها يتعين علينا أن ننظر تحت سطح الأعراض المرضية الظاهرة. وعندئذ يمكن القول أننا بهذا استطعنا أن نلقي نظرة خاطفة على الخيط الأحمر الذي يوصلنا إلى الدليل والبرهان. وهذا الخيط الأحمر هو عجز الطفل التوحدي عن جمع المعلومات لكي يستنتج أفكارًا مترابطة منطقيًا وذات معنى.

إذن هناك خطأ أو عيب في تهيؤ واستعداد العقل أن يفهم العالم من حوله. وهنا يمكن القول أن هذا العيب الخاص بالأطفال التوحديين فقط في ميكانيكية العقل

---

(١) هناك عرض لهذ النظرية وغيرها بشيء من التفصيل في فصل التوحد في ضوء النظريات.

(٢) مذهب عقلي Mentalising; mentakism

المذهب الذي يرى أنصاره أن الظاهرة العقلية لا يمكن أن تخفض أو تختزل إلى ظاهرة جسمية أو فسيولوجية. ويستخدم المصطلح أيضًا كمرادف لمصطلح الروحية أو الإحيائية Animism، وهي الاعتقاد بأن للموجودات على اختلافها حياة أو روح وأن في كل شيء نفسًا حية تسكنه، وأن الحياة في صميمها روحية لا مادية (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢١٥٢).

وأدائه هو الوحيد الذي يستطيع أن يفسر الملامح الجوهرية لاضطراب التوحد. وإذا ما فقدنا هذا المعلم وطاشت عن أعيننا هذه الحقيقة. فإننا بالتالي سوف نفقد رؤية النموذج التوحدي ككل.

وما دمنا بصدد الحديث عن تاريخ اضطراب التوحد وما دمنا نقوم باستعراض ووصف الخلفية التاريخية لهذا الاضطراب، منذ عام (١٩٤٣) حتى الوقت الحاضر (١٩٩٢)؛ فإنه من الملائم أن نشير باختصار إلى تاريخ تأسيس الجمعية القومية للتوحديين The National autistic society. وبداية يتعين أن نشير إلى أن الدافع لتكوني هذه الجمعية كان بشكل أصلي وجوهري من قبل عدد من الآباء والأمهات ذوي أطفال توحديين. وجدير بالذكر أيضًا أن هذه الجمعية احتفلت بعيدها السنوي وذلك بمناسبة مرور خمس وعشرين عامًا على تأسيسها (وكان ذلك عام ١٩٨٧).

كان أحد الأهداف الأصلية من وراء إنشاء الجمعية هو إقامة مدارس لتعليم الأطفال التوحديين الذين كانوا حتى عام (١٩٦٢)، يمنعون من الحصول على التيسيرات المحدودة التي تزودهم بها السلطات الصحية والتربوية والتي كانت مخصصة للأطفال المعاقين بصفة عامة. واتفق المسؤولون عن المدرسة بعد موافقة الجمعية على أنه يجب ألا يستبعد أي طفل توحدي من مدرسته التي يواظبون على الذهاب إليها.. وواصلت المدارس التي أنشأتها الجمعية ازدهارها ونجاحها.. كما أنشئت عديد من المدارس التابعة لهذه الجمعية في أنحاء مختلفة من المملكة المتحدة، وعلى الرغم من أن الجمعية لم تحدد بالضبط ما الذي سوف تقدمه لهذه الفئة من الأطفال، إلا أنها قدمت بالفعل نموذجًا للتميز والامتياز، على كلا المنحيين التربوي، والعلاجي فيما يتعلق بالمشكلات المرتبطة باضطراب التوحد.

وبمرور السنين، حققت هذه المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين، الكثير من النجاحات مع الأطفال ذوي الخصائص التوحدية.

ومع أن عمل هذه المدارس لا يزال مستمرًا، ولم يأخذ حظه بعد في الاهتمام من قبل وسائل الإعلام، إلا أنه أرسى العديد من المعايير الخاصة بمستويات الرعاية لفئة الأطفال التوحديين التي لاقت احترامًا وتقديرًا على المستوى الدولي. وقد كان الافتقار إلى اتخاذ التدابير اللازمة لمرحلة ما بعد المدرسة بالنسبة للأطفال التوحديين الأكبر سنًا وكذلك صغار المراهقين هو الشغل الشاغل للعاملين بالجمعية ومن أولويات اهتماماتهم، وقد اتخذت بالفعل خطوات إجرائية لمعالجة هذا الموقف. ولقد تنامى الدور الذي تلعبه الجمعية القومية للتوحديين عبر السنين والأعوام لكن الجمعية ظلت منظمة موجهة للوالدين Parent – oriented organization . وكنتجية لاهتماماتها المتجددة بمناح تتيح المجال للاختيار أو «خيارية»، لعلاج اضطراب التوحد، وتربية الأطفال التوحديين، فإن الجمعية تسلم في الوقت الحاضر بأن لها دور تلعبه في مجال تقييم ما تم التوصل عليه وانجازه من قبل المناصرين لها والمؤيدين لما تلعبه من أدوار. كما تزود التقارير الواردة عن هذه الجمعية الآباء والأمهات بالمعلومات التي تدور حول أية فوائد ممكنة الحصول عليها، بالإضافة إلى أية ظروف معوقة أو أضرار في ضوء موقع أي مدرسة للتوحديين، أو أية تكاليف مالية، أو أية تأثيرات محتملة للطفل التوحدي على إخوته الآخرين وأخواته الأخريات في نفس الأسرة. وهذه المناحي المختلفة يتعين الحديث عنها بشيء من التفصيل. ولذلك فسوف تتم العودة إليها بتفصيل أكبر في أجزاء عديدة من الفصل العاشر، الذي يتناول البحث في علاجات بديلة وأشكال للشفاء من اضطراب التوحد.

ومما تجدر الإشارة إليه، كذلك، أنه بالإضافة إلى تشجيع تكوين جماعات محلية قائمة على الرغبة في دعم الجهود المبذولة للتعامل مع اضطراب التوحد بصور التعامل المختلفة، فإن الجمعية القومية للتوحديين تنظم مؤتمرات وأيام دراسية معينة لكل من الآباء والأمهات والمهنيين العاملين في المجال. فضلاً عن أنها تقوم بنشر الكتب، والكتيبات، والتقارير، علاوة على إصدار الرسائل الإخبارية[١] بشكل منتظم.

كما تقوم الجمعية بتزويد الآباء والأمهات والمهنيين والمهتمين بهذه الفئة من الأطفال بخدمات للمعلومات، وبشكل أكثر عمومية، تزودهم بأفضل طرق وأساليب الوعي والفهم باضطراب التوحد وتعزز لديهم هذا التوجه. وهناك فكرة أو طريقة أداء جديدة تسعى الجمعية إلى تحقيقها وهي محاولة إقامة شبكة معلومات لمساعدة المصابين بزملة «اسبيرجر» والتي سوف تركز على المشكلات ذات الطابع الخاص لدى الأفراد التوحديين ذوي القدرة العقلية الأكبر من أقرانهم. وسوف تقيم الجمعية كذلك قاعدة لنشر المعلومات والحقائق والبيانات، وكذلك سوف تقيم قاعدة للمعلومات البحثية في هذا المجال، وذلك في أنحاء متفرقة من انجلترا وويلز. وسوف يكون متاحًا في مرحل لاحقة الحصول على كتاب يشتمل على مجموعة التوجيهات أو القواعد المهمة في هذا الصدد، وسوف يكون هذا الكتاب الدليل في المقام الأول معدًا بطريقة تتلاءم مع حاجات المهنيين والمتخصصين العاملين في مجال التوحد. وعلى أية حال، يمكن القول أيضًا، أنه سيكون من الممكن بالنسبة للآباء والأمهات الحصول على كافة هذه لمعلومات والتوجيهات والقواعد. ومما يذكر أيضًا أن هناك ترحيب شديد بالتوسع في مدى الخدمات التعليمية التي

---

(١) الرسالة الإخبارية: Newsletter صحيفة تشتمل على أنباء أو معلومات ذات أهمية، وبخاصة إلى جماعة معينة (المورد، ١٩٩١: ٦١١).

تقوم بها الجمعية، مما سيدفع القائمون على العمل بها في إصدار قرار بإقامة مركز تشخيصي diagnostic center، يتولى مهمة تزويد المدارس بمزيد من تلبية الحاجات التي تدور حول زيادة وتنمية الخبرات التشخيصية.

وهناك - بالفعل الآن - مشروعين بحثيين تمولهما الحكومة، وهذان المشروعان يهتمان بفحص الجوانب المتعلقة بالاستعدادات المسبقة وتوفير الوسائل، والنتائج التي سوف يتحصل عليها الأطفال التوحديين والمراهقين. وأول هذين المشروعين تم في عام (١٩٨٤)، وذلك بدراسة أوضاع الأفراد التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية في المجتمع. وثاني هذين المشروعين، وهو الذي يجري الاهتمام به في الوقت الحالي (١٩٩٢)، ويتميز بأنه مقيد الأمد من حيث المدى، وأقيم لكي يصف التيسيرات المتاحة حاليًا للأطفال والمراهقين التوحديين التي تزودهم بها القطاعات العامة، والخاصة، والتطوعية في كل من انجلترا وويلز، وكذلك للدراسة التفصيلية لبعض الطرق والأساليب المستخدمة في الحديث عن المشكلات الخاصة باضطراب التوحد. وهذا المشروع انطلق من وحدة بحوث نمو الطفل The child Development Research Unit بجامعة نوتنجهام وقد قدم فريق العمل في هذه الوحدة بالفعل ورقة بحثية تحمل عنوان «الأطفال التوحديون في مدارس المج العادية» Autistic children in Ordinary Mainstream Schools ومن المأمول أن يتبع تقديم هذه الورقة تقارير إضافية تثقيفية بشكل مطرد.

وفي ظل توقع الازدياد الدائم للحركة، ليس فقط بين الأقطار الأوربية بعضها وبعض، ولكن أيضًا بين بقية أقطار العالم، من المحتمل أن بعض آباء وأمهات الأطفال التوحديين سوف يغلقون نهائيًا مسألة السفر إلى خارج بلادهم. فمن الأمور الطبيعية أن الاتجاهات نحو تشخيص والاستعداد المسبق والتدابير الاحتياطية للأطفال المصابين بالتوحد سوف تتباين وتتنوع إلى حد بعيد من بلد إلى

بلد آخر. ومعروف أن هناك نسقين تصنيفيين مقننين أو معياريين للأمـراض الطب نفسية Psychiatric diseases وأشكال العجز المختلفة يستخدمان على نطاق عالمي دولي. ولكل نسق منهما أقسامه فيما يتعلق باضطراب التوحد. وكل واحد منهما يتم تحديثه كل بضع سنوات. أحدهما تقدمه الرابطة الأمريكية للطب النفسي- (APA) The American Psychiatric Association ويسـمى الـدليل التشخيصي- والإحصائي للاضطرابات العقليـة The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders وقد صـدرت أخـر طبعـة منقحـة تحمـل رقـم الطبعـة الثالثـة المراجعة «المنقحة»[1] (DSM.III.R) وأما ثـانيهما فتقدمـه منظمـة الصـحة العالميـة: (WHO) The World Health Organization.

ويسمى التصنيف الدولي للأمراض[2] The Internation Classification (ICD) Diseases وهذا التنصـيف يتنـاول كـل مـن الاضـطرابات الجسـمية بالإضـافة إلى

---

(١) صدرت الطبعة الرابعة عام ١٩٩٤.

وصدرت الطبعة الثالثة المنقحة عام ١٩٩٠، وصدرت الطبعة الثالثة من هذا الدليل عام ١٩٨٠. وقد أعدته لجنة خاصة بتحديد المصطلحات والإحصاءات في الجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويقدم التصنيف أوصافًا للمجموعات التشخيصية التي تحتويها قواميس ومعاجم الطب النفسي وعلم نفس الشواذ وعلم النفس الكلينيكي بدون التحيز لأي نظرية سببية خاصة. وقد تأثر واضعو هذا الدليل في صياغته بما في الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض عام ١٩٧٨ الذي طورته منظمة الصحة العالمية (WHO) والذي عدل ليستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية (CM – ٩ – ICD). ولكن، الدليل التشخيصي يحتوي على تفاصيل أكثر وتغييرات أحدث، وكذلك يتضمن طريقة في الترميز على مختلف المحاور (التصنيف متعدد المحاور Mulioxial classification). وقد صدرت الطبعة الأولى من الدليل (DSM.١) عام ١٩٥٢، بينما صدرت الطبعة الثانية (DSM.II) عام ١٩٦٨م. (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣ : ١٠٣٣).

(٢) التصنيف الدولي للأمراض The international classification of Diseases نسق يتألف من فئات من الحالات المرضية، وضعته منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization ويقوم على مبادئ مشابهة لنسق التصنيف المستخدم في علم الأحياء، ففئات الأمراض الأساسية لها

الاضطرابات الطب نفسية. وقد صدرت آخر طبعة منه وهي الطبعة العاشرة (ICD-١٠) عام ١٩٩٤.

وهكذا يمكن القول أن التغيرات ذات المغزى في القطاعات التي تتعامل مع اضطراب التوحد في الطبعات المتتابعة في هذه الأنساق التصنيفية، يوضح التغيرات في إدراك طبيعة اضطراب التوحد استمرارية النقاش حول عملية التشخيص. كما يمكن القول أن الطبعات الأخيرة لكل من النسقين التصنيفيين (نعني الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والتصنيف الدولي للأمراض) تقر وتسلم بوجود مدى من المجموعات الفرعية في اضطراب، التوحد وأن هذا المدى أكثر اتساعًا من التوحد في نمطه التقليدي Classic autism وأنه من الممكن أن نطلق على الاثنين معًا «الاضطرابات النمائية المتشرة[١]"الاضطربات الارتقائية المنتشرة» Pervasive developmental disorders (PDD). وهذه النوعية من الاضطرابات تكافئ تقريبًا متصل الاضطرابات الذي وضعته «وينج» والذي يضم ثلاثة أوجه للقصور الاجتماعي والتواصل.

شفرة عبارة عن رقم من ثلاثة خانات، وهناك شفرة أخرى لوحدات مرضية محددة. فالفالج Hemoplegia، (شلل الجانب الواحد) له شفرة هي ٣٤٢ باستخدام خانة رابعة وهكذا.. وترمز الاضطرابات المتصلة بأرقام مسلسلة، فتصلب الأوعية والأعصاب المتعدد رقمه ٣٤٠ Multiple Sclerosis والأمراض الأخرى التي تتلف النخاع رقمها ٣٤١ Demyelization والشلل المخي الطفلي رقمه ٣٤٣ يجيئ في الترتيب بعده، ورقمه ٣٤٢. ولقد بدئ في وضع هذا التصنيف عام ١٩٤٦ وينقح بين الحين والأخر. ويرمز له (ICD) (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج٤: ١٧٨٦).

(١) اضطرابات ارتقائية منتشرة Pervasive developmental disorders:

مجموعة من الاضطرابات تتضمن تشوهات كبيرة في العديد من الوظائف النفسية مثل اللغة والمهارات الاجتماعية والانتباه والإدراك واختبار الواقع والحركة. (جابر وكفافي، ١٩٩٣، ج٦، ص ٢٧٣٠.

ولفترة قصيرة كانت الاضطرابات النمائية المنتشرة أحد الاهتمامات الرئيسية للباحثين الذين حاولوا فحصها ووضع تعريف محدد بعناية للمجموعات الفرعية في داخل متصل التوحد، وهذا الاهتمام يمكن أن يؤدي بالباحثين إلى توليد عديد من التسميات التي يرجح أنها ربما تحدث تشويشًا وإرباكاً في عملية التشخيص أكثر من كونها تنقي هذه التسميات وتوضحها. ومن المهم في كل الأحوال أن نتعرف على كونها تنقي هذه التسميات وتوضحها. ومن المهم في كل الأحوال أن نتعرف على اضطرابات التواصل، وعلى أوجه القصور الاجتماعي في جميع المجالات النمائية، وحينئذ قد يمكننا هذا من تقدير وتقييم النموذج الخاص بمهارات وعيوب كل طفل على حدة.

وختامًا، من الواضح أنه ليس من المعقول أن نكتب وصفًا لكل حالة يكون عليها التوحد لدى كل فرد في كل بلد. وإنما يمكن القول على أية حال أن الجمعية القومية للتوحديين يمكن أن تزودنا بقائمة شاملة لكل الجمعيات المهتمة بالتوحديين وهذه بدورها يمكن الاتصال بها في معظم بلدان العالم.



الفصل الثالث

اضطراب التوحد

نظرة تاريخية

الفصل الثالث

اضطراب التوحد الأسباب والعوامل

(-) مقدمة:

في الفصل السابق، تركزت المناقشات حول الأوصاف النهائية التي تساعد الباحثين والأخصائيين على فهم اضطراب التوحد. وقد هدفت الإشارة إلى هذه الأوصاف إلى إعطاء مخلص واف عن هذا الاضطراب يمكن معه القول أنه يمكن القراء من تقدير التغييرات، والأمور الدقيقة الأخرى المتعلقة به.

ومعلوم أن النموذج الطبي، الذي ينظر إلى التوحدية باعتبارها مرض[1] Disease، ربما لا يكون مفيدًا لنا في هذا الصدد. وبدلاً من ذلك، سيكون من الأمور المعينة على تقدير أكثر ملائمة، أن ننظر إلى التوحدية في ضوء أنها اضطراب تربوي اجتماعي A socio Educational disorder وهذا سوف يشجع الباحثين على استخدام هذا المصطلح في ضوء معنى السياق الذي جاء فيه، وذلك بدلاً من استخدامه كتسمية جامدة أو نعتٍ صارم.

وهناك من الباحثين من يرى أنه لن يكون من المفيد أن نتخلى عن استخدام مصطلح التوحد بشكل إجمالي، أي أن ننظر إليه باعتباره مرضًا وباعتباره اضطرابًا تربويًا اجتماعيًا في آن واحد؛ لأن هذا سوف يتيح لنا إطارًا مناسبًا للرجوع إليه عند التعرف على أعراضه، أو عند فهم مجموعة الأطفال الذين يظهرون أنماطًا ونماذج غير سوية ومتعارضة في سياق نموهم.

---

١ – مرض Disease

عملية مرضية محدودة تتميز بمجموعة مميزة أو خاصة من الأعراض وربما تؤثر على الجسم كله أو على جزء منه. أما السبب في المرض وعلاجه والتنبؤ باحتمالات الشفاء فقد يكون معروفًا أو غير معروف (جابر وكفافي، ١٩٩٠، جـ ٣: ٩٨٢).

ومنذ أن خرجت نظرية «كانر» إلى الوجود، تتابع ظهور نظريات أخرى كثيرة حاولت جميعها أن تفسير السلوك التوحدي وأن تفهم أسبابه المحتملة. وبصفة مبدئية، يمكن القول أنه لا يزال هناك من يعتقد أن الوالدين يكون بمقدورهما اكتشاف النماذج السلوكية الشاذة التي يظهرها طفلهما التوحدي، بل ويلامان على عجزهما عن ذلك؛ وتلك النماذج هي التي تعتبر مسؤولة عن عدم تزويد طفلهما بالدفء الكافي والحنو[1] Affection. ومن الأمور الشائعة في هذا الصدد إطلاق عبارات من قبيل «الأم الباردة» Refrigerator mother و«الوالدان الباردان فكريًا»[2] Cold Intellectual parents .

ولحسن الحظ، فإن وجهات النظر تلك يمكن القول عنها أنه وجهات نظر واهية، بمعنى أنها قائمة على أساس غير منطقي، أو أنها وجهات نظر انتقادية، ولحسن الحظ أيضًا أنها أصبحت مرفوضة التصديق لضعف الثقة بها كخبرات أو تجارب كلينيكية، ويرفض الباحثون الاعتراف بها كنظريات. وعلى أية حال، في الوقت الحاضر، هناك محاولات لإحياء بعض الافتراضات المماثلة؛ والتي تستند في أساسها على نظرية قدمها «تين بيرجين» Tenbergen and Tenbergen عام (١٩٧٢)، وهما يسلمان في نظريتهما بأن السبب في حدوث اضطراب التوحد إنما يرجع إلى انهيار في الارتباط القائم بين الأم والطفل، وهكذا تزودنا هذه النظرية

---

[1] - الحنو Affection

مصطلح عام يشير إلى مشاعر الرقة والتعلق نحو أحد الأفراد، وخاصة حين تكون هذه المشاعر غير جنسية (جابر وكفافي، ١٩٨٨، ج ١ :٨٦).

[2] - أباء باردين Refrigerator parents

هو التعبير الذي أطلقه «كانر» Kanner ليصف آباء الأطفال التوحديين، والذي يعتقد (وغالبًا ما يكون هذا الاعتقاد خاطئًا) أنهم باردين أذكياء وغير مهتمين نسبيًا بإثارة أبنائهم (جابر وكفافي، ١٩٩٥، ج ٧ : ٣٢١٩).

بأساس يقوم عليه العلاج انطلاقًا إلى تحقيق الشفاء. وتجدر الإشارة إلى أن فكرة هذه النظرية تتناولها دكتورة «مارثا ويلش» Dr.Martha Welch وهي طبيبة نفسية أمريكية معروفة، بكثير جدًا من الحماسة لها والتعصب لمضمونها. وقدمت بناء على اقتناعها التام بصدق هذه النظرية ما هو معروف باسم «العلاج النفسي- بالاحتضان»[1] Holding therapy، وهذا النوع من العلاج النفسي- ليس علاجًا

---

١ - (انظر الفصل السابع من هذا الكتاب (المؤلفون)

العلاج النفسي بالاحتضان Holding therapy

طورت هذه الطريقة «مارثا ويلش» Martha Welch في مدينة نيويورك الأمريكية، ويتم تطبيقها الآن في عدد من المراكز العالمية. وبموجب هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع آباء وأمهات الأطفال التوحديين على احتضان وضم أطفالهم لمدد طويلة. حتى إن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه. وتعتقد الدكتورة «مارثا ويلش» الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدي بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة، وقد أفادت بعض الأسر التي جربت هذه الطريقة أن أطفالهم بدأو في التدقيق في وجوههم، وأن تحسنًا ملحوظًا طرأ على قدرتهم على التواصل البصري. كما أفادت هذه الأسرة – أيضًا – أن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي. ومن الأمثلة على جدوى هذا الأسلوب، أن بعض الأطفال التوحديين الذين عرفوا بميلهم للانعزال أصبحوا يتقبلون احتضان الوالدين لهم. بينما تطورت مهارة التواصل البصري لدى البعض وأصبحت قدرتهم على التواصل البصري من خلال تركيز النظر على شيء أو شخص ما أطول مما كانت عليه بشكل ملحوظ.

كما أن طريقة العلاج بالاحتضان قد تكون مفيدة للآباء، حيث أفاد بعضهم أن هذه الطريقة جعلتهم يشعرون – ولأول مرة – بالقرب من أطفالهم، وأن أطفالهم يظهرون ويعبرون عن مشاعر عاطفية تتصف بالحنو واللطف. ومن الملاحظ أن بعض الأطفال التوحديين يمانعون بشدة عملية الاحتضان وينفرون منها، وينظرون إليها على أنها شيء بغيض ولا يطاق، ومهما كان الأمر، فإن تكرار المحاولة والإصرار من قبل الوالدين وتحملهم للعناء والتعب يعتبر أمرًا مبررًا إذا كان للاحتضان مردودت علاجية إيجابية. ولابد من الإشارة هنا إلى أن جدوى أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علميًّا، على الرغم ما يردده بعض المطبقين لهذه الطريقة. ولا شك أن لهذه الطريقة مردودات إيجابية في تغيير بعض الأنماط السلوكية لدى الأطفال التوحديين، ولكن ذلك لا يعني مطلقًا أن قدرة الطفل على التفاعل والتواصل مع محيطه الاجتماعي، قد أصبحت – بموجبها –

نفسيًا جديدًا أو أصيلاً كما يفترض، وإنما هو يتضمن دفئًا في العلاقة، وحوارًا يتسم بالحميمية في الجو الأسري والعناق، بيد أنه علاجًا يتضمن – في ذات الوقت – احتضانًا قسريًا للطفل بواسطة الأم التي يتعين عليها أن تكون محتفظة برباطة جأشها، عليالرغم من مقاومة الطفل، ولجوئه أحيانًا إلى مزيد من النضال ضد الأم، ويتضمن كذلك الصياح والصراخ.

ويظهر لنا المغزى من جلسات العلاج النفسي بالاحتضان، التي يمكن عرضها على شرائط فيديو، يظهر لنا المغزى على نحو شديد إلى درجة الإفراط، والحماسة المتولدة التي قد تسبب لنا من القلق والإزعاج الشيء الكثير. ذلك أنه من المستحيل أن نشاهد من خلال شرائط الفيديو كيف يمكن لهذا النوع من «العلاج النفسي» أن يحقق نوعًا من الشفاء الممكن – كما يزعم القائلون بفاعليته – مع اضطراب كالتوحد. ومما تجدر الإشارة إليه في هذا الصدد أن الافتقار إلى تقييم وتقدير إجراءات وطرائق هذا العلاج النفسي، يمكن أن يكون أدعى إلى الشك في إقامة الدليل على جدواه ومن ثم الشك في دعاوي القائلين به، وهكذا يمكن اعتباره فقط مجرد أسلوب قصصي لعرض البيانات يستند إلى الملاحظة الشخصية بدلاً من استناده إلى التجريب العلمي (مع ضبط المتغيرات ذات الصلة به).

وهناك دليل علمي يمكن الاعتماد عليه وهو أنه في أثناء سنوات الطفولة المتوسطة[1] The middle years of childhood والتي تقع فيما بين السادسة إلى مشارف المراهقة، نجد أن كثيرًا من الأطفال التوحديين يظهرون من التلقائية

طبيعية وعادية (لمزيد من التفاصيل عن بعض الأساليب العلاجية النفسية الحديثة في مجال التوحد يمكن الرجوع إلى: سايمون كوهين، وباتريك بولتون، ٢٠٠٠: ١٤٦ – ١٤٩).

١ – طفولة متوسطة Midchildhood

المرحلة من النمو النفسي للإنسان، والتي تمتد من سن السادسة حتى سن الثانية عشر وأحيانًا ما تسمى بالطفولة المتأخرة Late childhood (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢١٩٣).

والتطور ما هو جدير بالاعتبار. كما أن الملامح التوحدية ربما تتضاءل، بل ربما يحدث بعض التقدم في عدد من المجالات ذات العلاقة بالنمو الاجتماعي، والاكتسابات اللغوية والتربوية (انظر الملحق رقم ٢ من هذا الكتاب وهو عبارة عن دراسة حالات). وفي المواقع والأماكن التي يبدو فيها السلوك العدواني أقل وقوعًا سوف نجد أن الأطفال التوحديين لديهم الفرصة سانحة لتنمية وتطوير إمكاناتهم تطويرًا كاملاً على أسس حقيقية وواقعية.

وأما المزاعم الدرامية المثيرة حول أن الشفاء سوف لا يتحقق بهذه الطريقة، وذلك على الرغم من حدوث الكثير من التقدم في سياق الممارسات المدرسية، فإن جوهر أوجه القصور الكامنة والضمنية سوف تظل باقية مستمرة، وسوف تكون الحاجة إلى هذا التقدم أمر يتعين وضعه في الاعتبار.

وكما سبقت الإشارة في فصل سابق من خلال الشرح المفصل للجوانب المتنوعة والمتباينة لمتصل التوحد، يصبح واضحًا وجليًا لماذا يكون هذا العلاج – أي العلاج النفسي بالاحتضان – علاجًا غير علمي ومفرطًا في التبسيط إلى حد يؤدي إلى التشويه أو الخطأ أو سوء الفهم، ويظل نوعًا من العلاج النفسي غير المفهوم وغير الملائم.

وأيًا كان الأمر، فإنه عبر سنوات عديدة، وجدنا من الباحثين والأخصائيين من التقى بالعديد من الأمهات اللاتي، على الرغم من كافة الأدلة على صدق العكس مما يقلن، يتمسكن بإصرار على طفلهم التوحدي هو حالة توحدية لأسباب ترجع إليهن وحدهن. والنساء اللاتي تتملكهن هذه المشاعر والأحاسيس بالذنب التي يصعب تسكينها أو معالجتها يكن أكثر ميلاً إلى الانجذاب في اتجاه تصديق هذه النظرية القائلة بعلاج الاحتضان، ولذلك ليس هناك من الناحية المنطقية ما يمنع من إحداث بعض التغير والتبديل في أفكارهن ومعتقداتهن.

إن العلاج النفس بالاحتضان Holding therapy ما هو إلا مجرد عدد واحد مما يطلق عليه «الشفاءات»[1] Cures من اضطراب التوحد. والذي يبزغ بين الحين والآخر في الأوساط العلمية[2] ولأن أحدًا لم يقم الدليل عليه أو يثبت جدارته، فإنه يبدو للمتأمل أنه لا هو نافع مفيد، ولا هو ملائم أو مناسب بالنسبة للباحثين حتى يتحرونه ويقومون بالدراسات الأولية أو التمهيدية لسبر غوره والوصول إلى أعماقه، وإنما هناك من الباحثين من يكتفي بوصف إجراءاته باختصار. والشيء غير المفهوم أن الآباء والأمهات سوف يطالبون بأن تتحقق أمنياتهم وآمالهم، مهما كان الدليل أمرًا غير واضح، ولكن يتعين على الرغم من ذلك تشجيعهم على الاحتفاظ باتجاه يشوبه الشك حتى يتم تقييم ما للمادة العلمية التي سوف يزودهم بها من توقعات حقيقية واقعية.

---

١ - الشفاء Cures

- العودة إلى الصحة.
- أي إجراء أو علاج يؤدي إلى إستعادة الصحة (جابر وكفافي، ١٩٨٩، جـ ٢: ٨٣٤).

٢ - من بين هذه العلاجات النفسية الأكثر حداثة والتي تسهم في علاج التوحد، علاج الحياة اليومية Daily life therapy وفقًا لهذا الأسلوب العلاجي كما هو ممارس في مدارس «هيجاشي» في كل من اليابان والولايات المتحدة الأمريكية يتم التأكيد على النشاطات والتقوقع في عالمه الخاص. وهذا الأسلوب قام بتطويره الدكتور «كيو كيتاهارا» Kiyo Kitahara في طوكيو. وتفيد التقارير أن أسلوب علاج الحياة اليومية له نتائج إيجابية فيما يتعلق بتمكين الأطفال التوحديين من المشاركة والتفاعل في الأنشطة الاجتماعية، إلا أنه لم يتم حتى الآن أي حتى عام (٢٠٠٠) إجراء دراسات للتحقق من صدق ما تشير إليه هذه التقارير ومن جهة أخرى يخشى أن تلحق الأنشطة القوية الضرر ببعض الأطفال التوحديين لاسيما أولئك الذين يعانون من نوبات الصرع ولهذا السبب يتم استبعاد الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع من المدارس التي تطبق هذا الأسلوب عنايتها الخاصة بالتربية الفنية، إضافة إلى الأنشطة الجماعية التي يتعلم من خلالها كثير من الأطفال كيفية التعامل معها (سايمون كوهين، باتريك بولتون، مرجع سابق: ١٤٨ - ١٤٩).

وجميع الأدلة المتاحة الآن تشير بقوة إلى أن أسباب حدوث إضطراب التوحد أو ما يمكن أن نطلق عليه محددات التوحد هي أدلة تتسم بترجيح الجانب البيولوجي، وذلك على العكس من الافتراض الأساسي الذي افترضه «كانر» كما تشير الدراسات الابيدومولوجية Epidemiological studies في الوقت الحاضر إلى أن التوحد يؤثر في الأطفال المولودين في جميع طبقات المجتمع، بدون أن نضع اعتبارنا العوامل العقلية الفكرية، أو العوامل الاجتماعية – الاقتصادية، أو حتى الأصول العرقية.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الجمعية القومية للأطفال التوحديين قد أكدت على أن نسبة حدوث اضطراب التوحد في المجتمع الأمريكي تتراوح بين أربع، وخمس حالات لكل عشرة آلاف (٤ أو ٥ : ١٠.٠٠٠) وذلك في الحالات الكلاسيكية التقليدية، وسبعة عشر لكل عشرة آلاف (١٧: ١٠.٠٠٠) وذلك في الحالات ذات الصلة القريبة بهذا الاضطراب والتي سوف تتطلب خدمات علاجية مشابهة لتلك الخدمات التي يحتاجها الأطفال المصابون بالتوحد. وهذه الأرقام ترتفع إلى حدٍ كبير عن التقديرات الباكرة الواردة في أدبيات البحث النفسي. وعلى أية حال، فإنه في الدراسات الحديثة التي أجريت أو التي لا تزال تجري ينظر الباحثون إلى النطاق الكامل للاضطرابات التوحدية، ويرون أن نسبة حدوث هذه النوعية من لاضطرابات ترتفع إلى حوالي (٢٣ : ١٠.٠٠٠٠) ثلاث وعشرين إلى كل عشرة آلاف.

والباحثون أو المهتمون باضطراب التوحد ويألفون أعراضه جيدًا أيضًا يعرفون أن هناك أعدادًا من الأولاد التوحديين تفوق أعداد البنات. وعلى الرغم من أن نسب الأولاد إلى البنات في حالات التوحد تتباين إلى حدٍ كبير، إلا أن من المرجح أن الذكور التوحديين يتفوقون من حيث العدد ما بين (٣) ثلاثة أو (٤) أربعة إلى

(١) واحد. بالإضافة إلى انتشار الإصابة بين الذكور بنسب عددية أعلى من الإناث، علاوة على معرفة مدى الارتباط بين التوحد والتخلف العقلي الشديد، يزودنا بدليل وبرهان إضافي على أن أسباب التوحد ليست في أصلها أو جوهرها أسبابًا نفسية المنشأ[1]

ومن ناحية أخرى، تشير البحوث الحديثة في مجال التوحد إلى أن أقارب الأطفال التوحديين لا يسهمون فقط بنسب تتعاظم بشكل طفيف يعلو عن المتوسط من حيث احتمال كونهم توحديين، ولكن أيضًا تشير البحوث الحديثة إلى أن أسر وعائلات الأفراد التوحديين لديهم نسبة مئوية عالية على غير العادة من الأقارب المصابين باضطرابات الكلام[2] Speech disorders، وصعوبات التعلم[1] Learning difficulties، وغيرها من أوجه العجز المعرفي غير الخطيرة.

---

١ - نفسي المنشأ أو نفسي الأصل Psychogenic

أ - ما ينشأ عن عوامل نفسية وعقلية أو انفعالية في مقابل ما ينشأ عن عوامل عضوية أو جسمية، أي أن المصطلح صفة للاضطرابات ذات الأصل الوظيفي أي التي لا يعرف لها قصور وظيفي عضوي.

ب - وصف لكلمة نشوء نفسي أو تكوين نفسي Psychogenesis والتي يقصد بها أصل العمليات العقلية أو النفسية ونموها، واللفظ يطلق على أي جانب من جوانب الأداء الوظيفي النفسي، أو أصل ونشوء حدث سيكولوجي معين في كائن معين أو سمة وتطوره (جابر وكفافي، ١٩٩٣، جـ٦: ٣٠٦٦).

وهناك من يرى أنه مصطلح يستخدم لوصف الحالات التي تنشأ نتيجة لأسباب نفسية أو نفس جسمية. مثال ذلك الفرد الذي يعاني من صمم نفسي المنشأ حيث لا يوجد سبب عضوي أو فسيولوجي واضح لإعاقته السمعية (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٣٦٩).

وهناك من يرى أنه بالضرورة يكون ناتجًا عن عوامل نفسية مثل (الصداع الإنفعالي) أكثر من أن يكون ناتجًا عن مرض أو إصابة أو أي سبب جسمي، أي يرجع إلى أسباب وظيفية أكثر من أن تكون أسبابًا عضوية (الأشول، ١٩٨٧: ٧٧٧ - ٧٧٨).

٢ - اضطرابات الكلام Speech disorders

أي اضطراب ينشأ عن عيب في جهاز التكلم (كالتقبض أو التشنج، ونطق الحنك الأفلج) وأداء ميكانيزم الكلام الخاطئ لوظيفته (كالتهتهة، وتسارع الكلام) أو الأعراض الطب نفسية التي تعوق الاتصال والتواصل إعاقة خطيرة (كالبيغائية، واللغو، وخلبطة الكلام والخرس). وهناك اختلاف في أسس تصنيفها فقد تكون عضوية أو وظيفية، وقد تكون تلك التي تؤثر في أداء الوظيفة اللغوية كعسر الكلام Dysorthia وتلك التي تؤثر في نوعية الصوت دون أن تخل بالأداء الإتصالي (كاضطرابات الصوت). والبعض يضع شذوذات تلقي اللغة واستقبالها في فئة تشخيصية منفصلة بينما يرفض ذلك آخرون قائلين أن المعوقات الخالصة في تلقي أو استقبال اللغة والتي لا يصحبها عيب في إنتاج اللغة نادرة (جابر وكفافي، ١٩٩٥، جـ٧ : ٣٦٧١).

وهناك من يرى أن اضطرابات الكلام تتمثل في عدم القدرة على إصدار أصوات اللغة بصورة سليمة، نتيجة لمشكلات في التناسق العضلي، أو عيب في مخارج الحروف، أو لفقر في الكفاءة الصوتية، أو خلل عضوي. ويؤكد للتعريف الأكثر قبولاً لدى الدوائر المختصة أنه لكي يتم التعرف على هذه الحالة، واعتبارها عيبًا أو اضطرابًا فإنها يجب أن تعوق عملية التواصل، أو أن يسترعي اهتمام الشخص المتحدث أو أن تفضي إلى معاناة الفرد من القلق وسوء التوافق (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٤١٥).

١ - صعوبات التعلم Learning Disabilities

مصطلح تربوي ظهر في نهاية الستينيات ليشير إلى الأطفال الذين ينخفض تحصيلهم الدراسي عن المعدل الطبيعي الخاص بالأطفال الذين هم في نفس عمرهم الزمني؛ في الوقت الذي يتمتع فيه هؤلاء الأطفال بذكاء متوسط أو فوق المتوسط. وينص تعريف الحكومة الاتحادية الأمريكية لى صعوبات التعلم على ما يأتي: أن الأطفال ذوي الصعوبات الخاصة بالتعلم هم الأطفال الذين يعانون من قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتطلب فهم أو استخدام اللغة المكتوبة والمنطوقة. ويظهر هنا القصور على شكل نقص في القدرة على الاستماع، أو التفكير أو الكلام، أو القراءة أو الكتابة، أو التهجئة، أو في أداء العمليات الحسابية. وقد يرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك، أو إلى إصابة في المخ، أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى عسر القراءة أو إلى حبسة الكلام النمائية. ولا يجوز أن تكون صعوبات التعلم هذه ناتجة عن إعاقة بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو عن تخلف عقلي، أو اضطراب انفعالي، أو حرمان بيئي، أو ثقافي، أو اقتصادي (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ٢١٢).

وهناك العديد من الدراسات الرصينة التي أجريت فعلاً على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة[1] Identical and non identical twins حيث أسفرت نتائج هذه الدراسات عن أن أحد التوأمين أو كليهما يتأثر بالتوحد. وهذه النتائج تزودنا

---

١ – توأم متماثل: Identical twins

جنينان ينموان من بويضة واحدة، وغالبًا ما يكونان متشابهان من حيث الجنس وفصيلة الدم، وهو مصلح مرادف لمصطلح Monozygotic twins وهما التوأمان اللذان يكونان من لاقحة واحدة تنمو من انقسام بويضة مخصبة واحدة (الأشول، ١٩٨٧ : ٤٦٨).

وهناك من يطلق عليها توائم متطابقة ويعني به التوائم المتماثلة التي نمت من بويضة واحدة خصبت من حيوان منوي واحد. وتبلغ نسبة التوائم المتماثلة حوالي ٢٥ ٪ (ربع) عدد حالات التوائم تقريبًا عند البشر وهي نسب ثابتة كما تدل الشواهد في جميع بقاع العالم. وتكون التوائم المتماثلة متطابقة في مكوناتها الوراثية ولديها نفس المجموعات من الجينات «مقدرات الوراثة» من كلا الوالدين. ويمكن أن تنقسم البويضة المفردة إلى تقسيم ثنائي لتنتج أربعة توائم Quadruplets أو ثلاثة Triplets إذا مات أحدهم في الرحم. وتسمى هذه التوائم أيضًا توائم وحيدة الخلية Enzygotic twins أو توائم متطابقة Identical twins أو توائم أحادية البويضة Monovular twins أو توائم وحيدة البويضة Uniovular twins . (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢٢٤٨).

وأما التوائم غير المتماثلة أو التوائم غير المتطابقة Dizygotic twins أو تحزف أو التوائم غير المتطابقة Dizygotic twins أو التوائم الأخوية فهي التوائم التي نمت من بويضات خصبت كل منها بشكل مستق. وحوالي ثلاثة أرباع حالات التوائم هي من هذا النمط غير المتماثل أو غير المتطابق، وربما يكونا من نفس الجنس (ذكران، أنثيان) أو من الجنسين (ذكور وإناث).

وتميل التوائم غير المتطابقة إلى أن تكون أكبر أو أقل نصيبًا من العيوب الخلقية من التوائم المتطابقة أو المتماثلة Identical twins. وعلى الرغم من أن التوائم المتماثلة لا تزيد درجة التشابه والارتباط بينها من الناحية الوراثية عن الأخوة العاديين، فإن مولدهما في نفس المكان والزمان يقلل من عدد العوامل المحتملة «الفارقة» التي ربما تؤثر على نموهم النفسي. ومن هنا فإن دراسات التوائم غير المتطابقة أو غير المتماثلة مفيدة في تقديم بيانات فيما يتعلق بالتأثيرات الوراثية في مقابل التأثيرات البيئية على نمو الطفل. وتسمى أيضًا توائم أخوية Fraternal twins أو التوائم ثنائية البويضة Biovular twins (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣ : ١٠٠١).

بمعلومات على قدر كبير من الأهمية فيما يتصل بالعوامل الجينية الوراثية Genetic factors.

وبالإضافة إلى الدراسات التي أجريت على التوائم بنوعيها المتماثل أو المتطابق والأخوي، فإن الباحثين والأخصائيين الذين يجرون دراسات في هذا الصدد قاموا أيضًا بفحص الأطفال التوحديين الذين تم تبنيهم، وذلك قبل تشخيصهم على أنهم أطفال توحديون. وبعض هذه الأبحاث لا يزال ينمو ويتطور ويتقدم باستمرار، ويأمل الباحثون أن تضيف عوائد ونواتج هذه الدراسات مزيدًا من التوضيح والبيان للأسباب المرضية لاضطراب التوحد.

ومما تجدر الإشارة إليه، أنه قد ساد لفترة معينة اعتقاد مؤداه أن اضطرابات جسمية بعينها لها ارتباط وثيق بالتوحد.

ومن بين هذه الأمراض والاضطرابات الجسمية الحصبة الألمانية التي تصيب الأم[1] والتشنجات الطفلية[2] Infantile spasms، ومرض فينيل كيتونوريا الذي لم

---

[1] - الحصبة الألمانية «روبيلا» Rubella (German measles)

مرض فيروسي معد، تؤدي إصابة المرأة الحامل به أثناء الأشهر الأولى من الحمل إلى احتمال إصابة الجنين ببعض الإعاقات الشديدة، كالإعاقة العقلية، والشلل الدماغي، والصمم، وكف البصر، وأمراض القلب. ويمكن الوقاية من هذا المرض عن طريق التطعيم وخاصة في سن الطفولة (قبل سن الثانية عشرة). وغالبًا ما تستمر نوبة هذا المرض على مدى ثلاثة أيام دون مضاعفات كبيرة، سوى ما يحدث للأجنة في أرحام أمهاتها (الشخص والماطي، ١٩٩٢ : ٣٩٢).

[2] - تشنج طفلي: Infantile spasm .

ويعادل مصطلح «زملة ويست» West,s syndrome نسبة إلى الطبيب الانجليزي و. ج ويست West, W.J وهي اضطراب نيرولوجي تقدمي يؤثر في الأطفال الصغار، ويتسم بتشنجات وتأخر عقلي وتتضمن التشنجات الرقبة والجذع والأطراف ويحدث إنثناء في الساعدين وإيماءة الرأس، كما في حركة الانثناء. وقد يطلق عليها أسماء أخرى مثل: Infantile spasms, salaam convulsions (جابر وكفافي، ١٩٩٦، ج ٨ : ٤٢٠٥ – ٤٢٠٦).

يعالج[1] Unreated phenylkeronuria. وبالإضافة إلى ذلك، قد يرتبط اضطراب التوحد أيضًا، ببعض الاضطرابات الوراثية Inherited disorders أو الموروثة التي تسهم العوامل الوراثية في نشأتها إسهامًا حاسمًا ومعروفًا، من قبيل: التصلب[2] الدرني Tuberous sclerosis، والأورام العصبية الليفية[3] Neurofibromatosis وزملة الصبغ × الهش[4] Fragile x syndrome.

---

١ - فينيل كيتونوريا phenylkeronuria

مرض أيضي موروث ينتقل كسمة متنحية، وتتميز بنقص في الإنزيم (الخميرة) المتطلب للاستفادة من الحمض الأميني فينيل آلالانين phenylalanic. وإذا لم يعالج المرض في وقت مبكر بنظام غذائي معين يتضمن جرعات مقننة من الفينيل آلالانين، فإن هذا المرض يؤدي إلى تخلف عقلي شديد واضطرابات أخرى في الجهاز العصبي. ومعظم المرضى بهذا المرض الذين لم يعالجوا لديهم نسبة ذكاء أقل من (٢٠) عشرين. ويعرف المرض اختصارًا بالأحرف P.K.U (جابر وكفافي، ١٩٩٣، ج ٦ : ٢٧٦١).

٢ - التصلب الدرني Tuberous sclerosis

اضطراب ولادي ينتقل كسمة صبغية سائدة، يتميز بوجود ورم غدى دهني Adenoma sebaceum والتخلف العقلي والتشنجات. وربما تشمل أوجه الشذوذ الأخرى الأورام المخية واضطرابات الرؤية والبقع البيضاء الكبيرة المتعددة على الجلد عند الميلاد. وكثير من المرضى لديهم ذكاء متوسط، ولكن نسبة الذكاء تميل إلى الانحدار مع التقدم في السن، وتسمى أيضًا Epiloia أو مرض بورنيفيل Bourneville,s (جابر وكفافي، ١٩٩٦، ج ٨ : ٤٠٣٧ – ٤٠٣٨).

٣ - ورم عصبي ليفي، داء الأورام العصبية الليفية: Neurofibroma; neurofibromatosis

اضطراب وراثي يتسم باصطباغ الجلد، وأورام ذات سويقات متعددة، إذا لحق الداء بجمجمة الفرد، نشأ عنه تزايد الضغط مصحوبًا بتدهور عقلي ونوبات صراع (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢٣٧٧).

٤ - زملة الصبغ × الهش أو صبغ × الهش Fragile x chromosome عيب وراثي يؤثر في النسل من الذكور يكون مصحوبًا بتأخر عقلي. ويطلق هذا اللفظ على هذا الاضطراب بسبب ميل الذراع الطويلة للصبغ× للكسر، عندما يكون العيب موجودًا. وهذا الصبغ هو ثاني الأسباب شيوعًا بعد زملة «دوان» للتخلف العقلي بين الذكور، ويسمى أيضًا زملة الصبغ × الهش – Fragile x syndrome (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣ : ١٣٢٨).

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن زملة «ريب» Rett,s syndrome قد أضيفت هي الأخرى كأحد الأمراض المرتبطة بالتوحد في أبحاث حديثة أجريت أخيرًا. ومعروف أن زملة «ريت» زملة خاصة بالإناث من الأطفال فقط، فالطفلة تولد طبيعية، ولكنها بعد حوالي خمسة شهور من النمو الطبيعي تصاب بأنواع متعددة من القصور. وترجع هذه الحالة إلى عوامل جينية وراثية. ومن أبرز الخصائص التي تتميز بها المصابات بزملة «ريت» ما يلي:

(أ) توقف في نمو الجمجمة بعد أربعة أو خمسة شهور من النمو الطبيعي.

(ب) فقدان المهارات الحركية التي تم اكتسابها قبل ظهور الحالة.

(ج) فقدان التعلق.

(د) قصور في النمو اللغوي.

(ه) قصور في النمو العقلي.

وجدير بالذكر أيضًا، أن البحوث والدراسات الأكثر حداثة أشارت هي الأخرى إلى أن هناك فيروسات معينة، بالإضافة إلى فيروس الحصبة الألمانية التي سبقت الإشارة إليها، ربما يكون متضمنًا في الأسباب المؤدية إلى حدوث الإصابة بالتوحد. ومما تجدر الإشارة إليه في هذه الأسباب على نحو خاص، فيروس الهيربس البسيط[1] Herpes simplex بالإضافة إلى فيروس عراك الخلايا[2] The Cytomegolo

---

١ - الهيرباس البسيط Herpes simplex
نوع من الأنواع العديدة للمقتضيات التي تؤدي إلى إصابة الشفاه وأعضاء التناسل بالعدوى والتلوث الميكروبي. ومن الممكن للأمهات الحوامل المصابات بهذا النوع من الهيربس التناسلي أن يلدن أطفالاً مصابين بتخلف عقلي (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٢١٥).

٢ - فيروسي/ عامل محدث للمرض Cytomrgao virus
مصطلح يعني فيروسي، أي عامل محدث لمرض ما (الأشول، ١٩٨٧، ٢٤١). ويطلق عليه جابر وكفافي (١٩٨٩، ج ٢ : ٨٤٥) اسم: مرض عراك الخلايا Cytomrgalic disease وهو نوع من العدوى أو الإصابة التي تحدث نتيجة لفيروس من مجموعة العقابيل أو الحلاء Herpesq ويمكن

Virus وهذا الفيروس الأخير ذكر في أكثر من دراسة بأدبيات البحث النفسي في هذا المجال. كما تتعين الإشارة إلى أنه حتى Candida albicans وهو نوع من التخمر بمعناه العام، يشبه الفطر ويتسبب في حدوث القلاع A Common Yeast – like fungus causing thjrush (وهو مرض من أمراض الأطفال يصيب الفم والحلق بصفة خاصة). يشار إليه أحيانًا على أنه ذا صلة باضطراب التوحد.

والشيء المثير للاهتمام هنا، أن هناك عددًا لا يستهان به من الأباء والأمهات ذكروا في تقارير لهم ارتفاع ملحوظ في درجة الحرارة لا يجدون له تفسيرًا أو طفحًا جلديًا يحدث بشكل عابر ومؤقت لأطفالهم التوحديين. والتساؤل الذي يفرض نفسه الآن هو: أليس يعد هذا دليلاً على وجود فيروسات أخرى نشطة لم نتعرض إليها بعد؟ إن التجارب والخبرات المعاصرة تقودنا إلى اعتقاد مؤداه أن الأسباب المؤدية إلى حدوث اضطراب التوحد في تزايد، لا نستطيع معه شرحها أو تفسيرها ببساطة من خلال الوعي المتزايد بطبيعة هذا الاضطراب.

وهناك نظرية مهمة للغاية في هذا الصدد ترى أن أحد الفيروسات التي سبقت الإشارة إليها يمكن أن تنتقل عن طريق العدوى إلى الطفل وهو لا يزال في الرحم[1] In Utero، غير أن هذا الفيروس يكون عند الحد الأدنى له من إحداث الإصابة،

تحديده بإنتاجه الكبير من الأجسام المندمجة والسيتوبلازمية. وجرثومة هذا المرض كانت تسمى في الأصل جرثومة الغدة اللعابية لأنها وجدت في الأصل في إصابات الغدة اللعابية. ومعروف الآن أنها سبب تكاثر وحيدات النواة في الدم وإصابات الغدد الصماء، والجهاز العصبي المركزي وأنسجة أخرى.

[1] - في الرحم In Utero

داخل الرحم، أثناء الوجود في الرحم، لم يولد (كلمة لاتينية). والمصطلح يشير إلى ما يحدث داخل الرحم في الفترة الفاصلة بين الحمل وحتى الولادة. (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٤ : ١٨١٠)، ويشير المصطلح إلى نمو الجنين داخل الرحم وما قد يتعرض له من حوادث أو أمراض أو إصابات أو عوامل وراثية قد تؤثر على جوانب نموه المختلفة.

ومن ثم يولد الطفل ويبدو أنه طبيعيًا سويًا عند الولادة. إلا أن هذا الفيروس يمكن أن يكون كامنًا وساكنًا في جسد الطفل، ثم ينشط عن طريق ضغوط الحياة الطبيعية، وهو في تحركه هذا ونشاطه يشبه المنزل المتحرك، وقد يوجد مع ميلاد طفل آخر... وهكذا.

إن هذه النظرية تزودنا – على أقل تقدير – بتفسير ممكن وشرح مقبول لكثير من الأسباب والأعراض التي وردت في تقارير الكثير من الآباء والأمهات من أن طفلهم العادي أو السوي بكل ما في الكلمة من معنى يصبح توحديًا وأنهم بالفعل عاشوا هذه التجارب وتلك الخبرات. كما أنه ليس من الأمور غير المألوفة بالنسبة للأطفال التوحديين أن يعانوا من مرض الصرع[1] Epilepsy، على الرغم من أن بداية إصابة الطفل به في بعض الأحيان تتأجل وترجأ إلى مشارف المراهقة. وهذا الربط بين الاضطرابين – نعني الربط بين اضطراب التوحد ومرض الصرع – قد يشير إلى وجود ما يطلق عليه الاختلال الوظيفي الدماغي العضوي الظاهر Overt organic brain dysfunction ومرة ثانية، قد يزودنا هذا الربط بدليل على وجود

---

[1] - الصرع: Epilepsy

مجموعة من الاضطرابات ترتبط مع اختلالات في الشحنات الكهربية في خلايا المخ، وتتميز بسورات عارضة أو راجعة من تعتيم أو فقدان الشعور، وغالبًا ما يصاحبها نوبات تشنجية أو سلوك آلي. والمصطلح مشتق من اللفظة الإغريقية Epilepsies بمعنى نوبة. وقد تكون هذه الحال:

- عرضية Symptomatic بمعنى أنها تعزي إلى عوامل معروفة مثل التهاب المخ، الحمى الشديدة، ورم في المخ، اختلالات حشوية، شذوذ بنائي، أو مرض تدهوري.
- ذاتية Idiopathic بمعنى أنه لا يعرف أصله، أو أنه يعزي إلى عيب مخي غير محدد.

وقد توجد الاستعدادت الوراثية للمرض في بعض الحالات ولكن ليس في كلها. ويسمى الصرع أيضًا مرض السقوط Falling sickness. ومن أشهر أنماط نوباته: النوبة الكبرى Grand Mal والنوبة الصغر Petit Mal والصرع الحركي النفسي Epilepsy psychomotor، والنوبة الأوتونومية Autonomic seizure النوع الغلاب (الذي لا يقاوم) Arcolepsy ، والنوبة الفجائية Cataplexy (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣ : ١١٥٤ – ١١٥٥).

أساس بيولوجي لاضطراب التوحد. وبصفة عامة، يمكن القول أن الأطفال التوحديين ذوي الإعاقة الشديدة، يكونون أكثر ميلاً إلى أن يعانوا من الصرع أكثر من هؤلاء الأطفال التوحديين الموجودين في القسم الأعلى من متصل التوحد، وأن هذا القول لا يعني بأي حال من الأحوال أن يكون حكمًا شاملاً وعامًا على كل الأطفال التوحديين في العالم.

ومما تجدر الإشارة إليه، أن ثلث عدد الأطفال التوحديين الذين تم اختبارهم في دراسات متباينة قد حققوا مستويات عالية في نسبة السيروتونين في الدم Bold serotonin وعلى أية حال، كان علاجهم باستخدام عقار الفينفلورمين Drug fenfuramine، وكان الهدف الأساسي هو خفض هذه المستويات، وطبقًا للأعراض التوحدية التي كانت ظاهرة عليهم، لم يثبت طبيًا أنه علاج فعل بوجه عام، ولا تزال نتائجه حتى الآن تخضع لمزيد من التجريب والاختبار.

ومعروف أن عقار الـ «فينفلورامين» Fenfluramine يؤثر في الناقل العصبي السيروتونين؛ حيث يعمل على زيادة نسبته في المشابك العصبية. وبالرغم من أنه يعمل على زيادة السيروتونين، إلا أن استعماله المستمر يؤدي إلى خفض السيروتونين في الدماغ. وقد استخدم هذا العقار على عدد من الذكور التوحديين منذ عام ١٩٨٢، وقد تبين أن هناك زيادة في السلوك الاجتماعي وتحسنًا طوال مدة استعمال العقار، ولكن استمرت بعض أشكال السلوك اللاتكيفي الأساسية حين تم إيقاف الدواء. ولقد ثبت أن هذا الدواء يعمل على تعديل نسبة السيروتونين في مناطق مهمة وحساسة في الدماغ، كما تبين من خلال صحة ذلك من دراسات أرجيت على الشمبانزي وحيوانات أخرى.

(محمد قاسم عبد الله، ٢٠٠١: ١٩٣؛ McDougle, ١٩٩٨).

ومما يجدر ذكره أن «السيروتونين» عنصر كيميائي طبيعي لوحظ ارتفاع مستواه في الدم لدى ثلث الأطفال التوحديين تقريبًا. وقد ترددت مع بداية استخدام هذا العقار في الولايات المتحدة مقولات بأنه الدواء العجيب للتوحد. ولم يمض وقت حتى اتضح أن تلك الادعاءات كانت مفرطة في التفاؤل، وثبت الآن أن فائدة هذا العقار إن كانت موجودة فهي ضئيلة ومحدودة. وعلى الرغم من أنه لم يثبت أن للعقار أضرارًا جانبية على مستخدميه، إلا أن هناك دلائل تشير إلى أنه قد يحدث تلفًا في الجهاز العصبي لدى حيوانات التجارب. ولهذا يظل عقار الـ (فينفلورامين) في مراحله التجريبية، ويجب ألا يستخدم إلا تحت إشراف طبي في مراكز طبية متخصصة. (سايمون كوهين وباتريك بولتون، ٢٠٠٠: ١٥٣ – ١٥٤).

وبالمثل، يمكن القول أن استخدام العلاج النفسي- بالفيتامينات Vitamin therapy بالإضافة إلى الوسائل الفارماكولوجية (العقاقيرية) الأخرى Other pharmacological agents مثل حمض الفلوليك Folic acid، والماغنسيوم Magnesium، والزنك Zink، لم يقم عليها الدليل أنها حققت – حين استخدمت لعلاج اضطراب التوحد – أي قدر من النجاح. ومن المأمول أن تستمر البحوث والدراسات فربما يصل الباحثون والمهتمون إلى نتائج متطورة وأفضل في المستقبل.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن بعض المشتغلين في المجال الطبي يرون أن الجرعات الكبيرة من فيتامين (ب٦) مع الماغنسيوم تفيد في علاج التوحد.

ويستند هذا الرأي على بعض التقارير التي تشير إلى حدوث تحسن، وإلى عدم وجود آثار جانبية لتناول فيتامين (ب ٦) بجرعات كبيرة، ولكن هناك رأي يقول التوقف عن تناول فيتامين (ب ٦) يمكن أن يترتب عليه زيادة في الاضطرابات السلوكية، وقد يكون من الفهم الخاطئ القول بأن هذه الزيادة في الاضطرابات السلوكية هي دليل على فعالية فيتامين (ب ٦) وليست نتيجة لتوقف تعاطيه أو ما

يسمى أثر الانسحاب (أو التأثير الانسحابي) Withdrawal effect. ومن جهة أخرى، وجد أنه على الرغم من عدم وجود آثار جانبية لتناول فيتامين (ب٦)، أن هناك دلائل تشير إلى وجود آثار جانبية ضارة من العقاقير الأخرى التي قد يتناولها الطفل التوحدي مع فيتامين (ب٦) من قبيل الماغنسيوم، أو جرعات كبيرة من فيتامينات أخرى أو أدوية الصرع. ولهذا ينصح بضرورة تناول هذه العقاقير وأمثالها بعد استشارة طبيب وتحت إشرافه ومتابعته. (سايمون كوهين وباتريك بولتون، ٢٠٠٠: ١٥٤ – ١٥٥).

ومن ناحية أخرى، يبدو أنه من الأمور المرجحة – في أسباب الإصابة التوحد – أن كل من الإصابة الدماغية (المخية)[1] Brain damage، والاضطراب الوظيفي للمخ[2] Brain Function له وجود في كافة مظاهر التوحد. ومن الجلي الواضح أنه

---

١ – إصابة مخية Brain damage

إصابة في المخ تحدث نتيجة حالات مثل: العدوى أثناء المرحلة الجنينية أو عدم تطابق فصائل الدم (الجنين مع الوالدة). إصابة أثناء عملية الولادة، صدمة في الرأس، وسائط سمية، ورم في المخ، التهابات المخ، النوبات الصرعية الشديدة، اضطرابات أيضية معينة «مثل مرض ديلسون»، نقص الفيتامينات، النزيف في وسط المخ، الضربات على الرأس والعمليات الجراحية، وعادة ما تحدد افصابة المخية كعيب (عضوي)، وينعكس هذا في صورة شذوذ سلوكي أو وظيفي. وعلى سبيل المثال، فالفرد الذي لديه عيوب في الفصوص الجبهية في المخ يتدني أداؤه على اختبارات التجريد (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج ٢: ٤٦٩).

وهناك من يرادف بين مصطلحين هما Brain damage ويطلق عليه تلف مخي، Brain injury ويطلق عليها إصابة مخية، ويعني بهما أي تلف في أنسجة المخ يؤدي إلى خلل (اضطراب) في عمل الجهاز العصبي المركزي. وأنه غالبًا ما يتميز الفرد المصاب مخيا بالنشاط الزائد، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والاندفاعية، والمثابرة الدائبة (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٧١ – ٧٢)؛ (عادل الأشول، ١٩٨٧: ١٤٥ – ١٤٦).

٢ – الاضطراب الوظيفي للمخ Brain dysfunction

اضطراب وظائف المخ لأسباب غير عضوية

حيث يوجد قصور أو عجز اجتماعي شديد، أو تأخر عقلي، أو صعوبات جسمية، فإن مدى الإصابة وحدودها سوف يكون له اعتبار ودخل بشكل متعاظم أكثر منه في الحالات التي يكون فيها قصور أو عجز اجتماعي، ولكن مع وجود كثير من مجالات المهارة سليمة وغير مصابة بأذى.

وتجدر الإشارة هنا إلى وجود كثير من التحفظ والحذر حول أجزاء المخ التي تتأثر باضطراب التوحد، وبصفة خاصة المناطق التي تم الاهتمام بها، في معظم الدراسات وتشمل نصف الكرة الأيمن للمخ The right hemisphere، وقد اكتشفت الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة صورًا من الشذوذات واللاسواء في أجزاء من المخيخ[1] The cerebellum.

وعلى أية حال، فإنه حتى الآن، لا توجد منطقة وحيدة في المخ لها دخل بشكل حاسم ونهائي في حدوث اضطراب التوحد، والتي يمكن أن تفسير لنا وجود هذا المدى الواسع والعريض لملامحه، والتي تبدو – أي هذه الملامح – أكثر ميلاً بكثير أن تكون ناتجة عن وجود عيوب نيرولوجية متعددة Multiple neurological deficits.

وقد استخدم هذا المصطلح بدلاً من مصطلح الإصابة المخية أو التلف المخي حيث أنه لا يشير إلى تلف عضوي في أنسجة المخ. ولا يعتبر هذا المفهوم شائع الاستخدام وخاصة من قبل التربويين الذين يعتبرونه مصطلحًا غامضًا نوعًا ما.

١ - المخيخ Cerebellums

جزء من المخ على شكل ثلاثة فصوص توجد خلف ساق المخ. ويعدل هذا الجزء من المخ من التقلصات العضلية لكي يقلل من الاهتزازات أو الارتعاشات. ويساعد على الاحتفاظ بالتوازن عن طريق التنبؤ بأوضاع الجسم قبل أن تتم الحركة الجسمية فعلاً (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج٢ : ٥٥٨).

(لمزيد من التفاصيل عن المخيخ تكوينه ووظائفه يمكن الرجوع إلى عزت سيد إسماعيل (١٩٨٢) علم النفس الفسيولوجي، الكويت: وكالة المطبوعات، ص ٢٠٦ – ٢١٠).

ولقد كتب الدكتور «كرستوفر جيلبرج» Dr. Christopher Gillberg وهو أحد الباحثين بمركز الطب النفسي العصبي للطفل[1]، بجوتبورج، بالسويد، دراسة رائدة وتثقيفية من الطراز الأول، استعرض فيها معظم البحوث والدراسات الحديثة المهمة في مجال اضطراب التوحد وقام بإعادة النظر فيها وقيمها (ولذلك أشير إلى هذه الدراسة في قائمة المراجع باللغة الأجنبية وكذلك في: قراءات إضافية في ذات المجال).

وربما تكون الدكتورة «سولا وولف» Dr. Sula Wollf بجامعة أدنبرة Udinburgh University قد أدركت المراد من جميع العوامل الأيتولوجية (المسببة للاضطراب) المختلفة عندما اقترحت ما يلي:

بالنسبة للإصابات النهائية، والإصابة المخية فهي على وجه خاص تأخذ موقعها من حيث كونها تشكل القابلية الوراثية Genetic predisposing كأسباب تؤدي إلى حدوث اضطراب التوحد والتي يرجح أن تكون عوامل وأسباب متغايرة الخصائص، وتظهر للوجود حين تتزامن مع ظهور عدد من العوامل العامل المعروفة تمامًا، وهو التزامن الذي نادرًا ما يحدث ويؤدي إلى ظهور الأعراض التوحدية غير المألوفة.

---

[1] - طب نفسي عصبي Neuropsychiatry

فرع من الطب يجمع بين دراسات الأعصاب والطب النفسي، ولذلك فإنه يتناول الاضطرابات العضوية والوظيفية التي تتعلق بالجهاز العصبي. كما يتناول العلاقة بين العمليات العصبية والاضطرابات الطبية النفسية (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢٣٨٤).

- كلمة ختامية

أما بعد.... فغن القارئ للفصل الحالي الذي دار حول أسباب وعوامل اضطراب التوحد، يمكنه أن يقرر حقيقة مؤداها أن هذا الاضطراب لم تحدد بعد الأسباب والعوامل المؤدية إليه. وأنه على الرغم من عدم التوصل إلى سبب محدد واحد للتوحد فإن البحوث الحالية تربط بينه وبين الاختلافات الحيوية أو العصبية في الدماغ. وأنه يبدو من خلال تحليل الصور الإشعاعية المغناطيسية (MRI) وجود اختلاف في تركيب الدماغ لدى الطفل التوحدي تبرز بشكل أكبر في الجزء المسؤول منه عن الحركات اللاإرادية للجسم.

ويبدو في بعض الأسر وجود نمط للتوحد أو الاضطرابات المتصلة به،وهو ما يوحي بوجود سبب جيني لحالات التوحد، علمًا بأنه لم يتم حتى الآن الربط بين أي من الجينات والإصابة بالتوحد. وقد ثبت مؤخرًا فشل العديد من النظريات القديمة ذات العلاقة بأسباب التوحد، فهو ليس مرضًا عقليًا؛ وكذلك فإن الأطفال التوحديين ليسوا أطفالاً اختاروا الخروج على قواعد السلوك المرغوب فيه، كما أن التوحد لا يحدث نتيجة لسوء تربية الأبوين لأطفالهم، كما لم يثبت إلى الآن تأثير أي من العوامل النفسية التي يمر بها الطفل خلال مراحل نموه على إصابته بالتوحد.



الفصل الرابع

فهم التوحد

أو تقييم وتحدي الطفل التوحدي

- مقدمة
- المجالات التسع التي تستخدم في تقيم الطفل التوحدي.

(١) التاريخ الطبي والنمو المبكر.

(٢) المظهر الخارجي والسلوك والنمو الاجتماعي.

(٣) قدرة الطفل على الانتباه والتركيز.

(٤) قدرات الطفل الإدراكية.

(٥) استخدام المواد بطريقة ذات معنى.

(٦) فهم الطفل للتصورات والمفاهيم.

(٧) فهم الطفل للترتيب والتسلسل.

(٨) استخدام الكلام واللغة .

(٩) إمكانية تطوير قدرات الطفل الإدراكية .

الفصل الرابع

فهم التوحد (أو تقييم وتقدير الطفل التوحدي)

مقدمة

في هذا الفصل سنقدم وصفًا لأوجه مختلفة لاضطراب التوحد، في محاولة للخروج بإطار يمكن من خلاله التعرف على الطفل التوحدي بشكل متكامل وتقدير ما يواجهه من صعوبات على المستوى الفردي بالإضافة إلى تقدير ما يملكه من قدرات عقلية ومهارات. وهذه المحاولة قائمة على افتراض مؤداه أنه باستخدام هذا المدخل يصبح من الممكن التوصل إلى فهم لهذا الاضطراب المحير بكل ما يحمله من تناقضات ظاهرة، وذلك في سبيل الوصول إلى ماهيته.

وبادئ ذي بدء – تجدر الإشارة إلى أن هناك محاولات سابقة في هذا الصدد، منها على سبيل المثال كتاب: هل هذه هي التوحدية؟ Is This Autism? (آرونز وجيتنز Aarons and Gittens ١٩٨٧) والذي كان مكونًا من قائمة للمراجعة ودليل (أو مرجع) وقد كان هدف المؤلفين من تصميم كتابهما على هذا النحو؛ هو تيسير استخدامه للعاملين المتخصصين أو المهنيين كي يمكنهم من التعرف على ما يبحثون فيه وكيف يفسرون النتائج التي سوف يتوصلان إليها وذلك في سعيهم إلى الحصول على فهم متوازن لمهارات الطفل التوحدي موضع دراستهم وجوانب النقص لديه في ذات الوقت، ومن ثم يمكن القول أن هذا الكتاب القول (أو إن شئنا القول المحاولة الأولى) يوفر إطارًا مرجعيًا للتقييم يقوم على أسس نمائية Developmentally based.

ومن هنا يتعين القول أنه ليس محتمًا على الآباء والأمهات استخدام قائمة المراجعة بأنفسهم، فهي من الأصل، لم تعد لهم، وإنما هي في حقيقة الأمر أداة كلينيكية أساسية للمتخصصين.. وعلى أية حال، تتعين الإشارة هنا إلى نفس

المجالات المفتاحية في نمو الطفل والتي تشكل رؤوس الموضوعات التي تتكون منها قائمة المراجعة Checklist وهذه المجالات المفتاحية يمكن حصرها في المجالات التسع الآتية على النحو التالي:

(١) التاريخ الطبي والنمو المبكر Medical history and early development الذي يتضمن معلومات عن خلفيات ذات صلة بالموضوع.

(٢) ملاحظات عامة General observations عن الطفل تتعلق بالمظهر الخارجي والسلوك القابل للملاحظة والقياس والنمو الاجتماعي.

(٣) قدرة الطفل على الانتباه والتركيز (أو ضبط الانتباه Attention control).

(٤) قدرات الطفل الإدراكية، وعلى وجه الخصوص تلك القدرات التي تتعلق بالإبصار والسمع بالإضافة إلى ما يتمتع به من إمكانات ذات صلة ببقية حواسه (أو التوظيف الحسي: Sensory Function).

(٥) قدرة الطفل على استخدام المواد بطريقة ذات معنى، وقدرته على اللعب التركيبي البناء، سواء على المستوى الاجتماعي أو مستوى النشاط التخيلي (أو الفهم الرمزي Symbolic understanding).

(٦) إدراك وفهم الطفل للمفاهيم والتصورات التي تتدرج من مستوى المزاوجة البسيطة إلى المستويات الأكثر تعقيدًا من حيث الفهم (أو تكوين المفاهيم Concept formation).

(٧) فهم الطفل للترتيب والتسلسل (بصريًا وسمعيًا)، ويتضمن الجانب السمعي اهتمام الطفل واستجابته للإيقاع والموسيقى (أو القدرة العقلية على فهم التتابع والإيقاع).

(٨) فهم الطفل واستخدامه للكلام واللغة (وهذا المجال المهم يستحق أن نخصص له فصلاً مستقلاً وهو الفصل السابع).

(٩) قابلية الطفل للتحسن وإمكانية تطوير قدراته الفكرية، إذا وصل سن معين، يمكنه من التحصيل في مرحلة المدرسة (وهذا المجال المهم أيضًا يستحق أن نخصص له فصلاً مستقلاً وهو الفصل الثامن).

ويهمنا الآن أن نناقش المجالات السبعة الأولى بشيء من التفصيل على أن نستكمل المجالين الثامن والتاسع في الفصلين المخصصين لهما.

المجال الأول: التاريخ الطبي والنمو المبكر

Medical history and early Development

لقد ذكرنا بعض الشروط الطبية المعروفة بارتباطها باضطراب التوحد وذلك عندما تناولنا موضوع الأسباب العضوية (البيولوجية). وبالإضافة إلى ذلك، ليس غريبًا أن نجد الأطفال التوحديين قد عانوا من صعوبات منذ الولادة. فبالإضافة إلى نوبات الحمى الذي ذكرت في الفصل الرابع، هناك من الآباء والأمهات من ذكر شيوع الحساسية من بعض أنواع الطعام وبعض المظاهر الأخرى. إلا أن معظم هذه المظاهر تظل محض قصص تشتمل على حكايات ونوادر، وبالتالي لا يمكن الحكم عليها من الناحية العلمية. على أن غالبية الأطفال التوحديين يبدأون حياتهم بداية خالية من المشكلات الصحية ولا يوجد شيء يحمل معنى أو دلالة خاصة حين يتاح الإطلاع على التقارير التي تتعلق بالنمو الباكر لهؤلاء الأطفال.

ومن معالم النمو المبكر الجلوس، الزحف، والمشي، فهي أنشطة تبدو في أغلب الأحيان في نطاق الحدود الطبيعية. ولهذا، نجد أنه في السنة لأولى قد لا تظهر سوى دلائل محدودة على التأخر النمائي بشكل عام. وعلى أي حال، فإن توجيه أسئلة تفصيلية للآباء والأمهات لاستطلاع أرائهم في هذا الصدد سوف يكشف عن عدة جوانب ذات الدلالة والأهمية في تكوين نمط (نموذج) للانحراف (عن المسار الطبيعي للنمو) وهذا سيكون من المألوف جدًا بالنسبة للممارس الكلينيكي الخبير

أن يتعرف عليه. وبعيدًا عن المعالم النهائية المعروفة، هناك عدد قليل من الآباء والأمهات ممن لديهم معرفة جوهرية وفعلية بخصائص نمو الطفل إلى درجة أن بعض الجوانب والمظاهر الدقيقة في سلوك أطفالهم لا تمر عليهم دون أن تحظى بملاحظاتهم.

ويكون هذا واضحًا فيما يتعلق بطبيعة التواصل في مراحله المبكرة. وهناك أطفال ممن تمت ملاحظتهم أشارت التقارير التي كتبت عنهم أنهم أطفال عاديين ينخرطون في سن مبكرة جدًا في حوارات متزامنة مع الأم، حيث تتوقف حركة الطفل لتعطي مساحة زمنية تستجيب فيها الأم، تمامًا كالمحادثة ذات الاتجاهين ولكن بدون استخدام للكلمات. وهذا هو أساس النمو الاجتماعي، وهو أيضًا ما ترتفع احتمالية غيابة لدى الأطفال الذين يتم تشخيصهم فيما بعد كحالات مصابة باضطراب التوحد.

وسوف يصف بعض الآباء والأمهات الطفل الذي لا يمد يديه - باسطًا إياها - كي يلتقطه الأب أو الأم، بأنه ، مع ذلك، قد يستمتع بالاتصال الجسدي والعناق، والمداعبة، وفي مرحلة تالية سوف يصفونه بأنه يستمتع باللعب الخشن والتشقلب (في الألعاب البلهوانية). وهناك الطفل الذي يوصف بأنه «جيد جدًا»، وهو ذلك الذي يستلقى لساعات في عربته يتأمل الظلال وأشعة الشمس وحركة أوراق الشجر. وربما يكون هناك اهتمام قوي من قبل الطفل بالأضواء وانعكاساتها.

وهناك آباء آخرين وأمهات أخريات يقصون عن أطفالهم التوحديين روايات مختلفة؛ فهناك من يقص عليك حكاية طفل يصرخ بلا انقطاع ولا يمكن تهدئته. أما فيما بعد، عندما يصبح الطفل أكثر قدرة على الحركة فإنه يبدأ يبدي اهتمامًا بالمقابس ومفاتيح الكهرباء والأجهزة الكهربائية. وفي حين نجد أن الطفل العادي يهتم بجهاز التليفزيون، إلا أنه من السهل تحويل انتباهه لأشياء أخرى. أما بالنسبة

للطفل التوحدي فقد يكون هذا الاهتمام لديه عميق جدًا وغير قابل للتحول. وقد يتعلم الطفل منذ مرحلة مبكرة تشغيل أجهزة من قبيل الفيديو والتليفزيون والستريو ..الخ، وربما بسهولة كبيرة، مما يشجع الآباء والأمهات على الاعتقاد أن معدل نمو الطفل أسرع من المعدلات العادية. وفي بعض الأحيان يمضي الطفل وقتًا طويلاً يتأمل غسالة الملابس الكهربائية وهي تدور، وقد يستمتع بالإحساس بالذبذبات التي تصدر عن الأجهزة الكهربائية. والمكانس الكهربائية أيضًا قد تكون مثيرة للاهتمام بشكل خاص. ما يعتبر تحريك عجلات السيارات اللعبة اهتمام شائع آخر ونشاط قد يلجأ إليه الطفل عندما يترك وحده مع لعبة.

أما اللعب التقليدية، ما لم تكن لها عجلات يديرها الطفل أو أضواء يجعلها تومض، فإنها عادة ما لا تثير اهتمامه. وبتقدم نمو الطفل تتطور أنماط الانحراف لديه. وعلى الرغم من أن معالم النمو المبكر تكون طبيعية لدى الطفل، إلا أن الصورة العامة للنمو قد يشوبها طابع التأخر. وربما يكون الطفل الذي يحدق في أوراق الشجر والظلال، ينعم النظر إليها من زاوية غير مألوفة في محاولة منه لرؤية انعكاسات أخرى معينة أو للحصول على بعض المثيرات البصرية الأخرى.

وما دمنا قد وصلنا إلى هذه النقطة فإنه يتعين أن تؤكد على أن الرضع وصغار الأطفال العاديين ربما ينهمكون في العديد من هذه الأنشطة. ولكنهم لا يظهرون على أية حال تشبثًا بنمط معين يستبعدون معه اهتمامات أخرى ذات معنى.

كما تجدر الإشارة هنا أيضًا إلى أن العديد من صغار الأطفال التوحديين لا يظهرون تفضيلات معينة بين آبائهم ولا تتمايز استجاباتهم للأشخاص المختلفين وقد يظهر آخرون ما يمكن وصفه بأنه تعلق وسواسي Obsessive attachment بأحد الوالدين أو كليهما. وقد يحتفظ البعض منهم بقدر كبير من اللامبالاة بالتواصل مع الأشخاص وتقتصر تعلقاتهم الوسواسية بالأشياء، التي قد يؤدي

حرمانهم منها إلى قدر من الحزن يفوق التصور. ويختلف هذا تمامًا مع الأطفال غير المعوقين اجتماعيًا not Social ilympaired – حتى لو كانوا معاقين ذهنيًا Mentally handicapped حيث يكون الأشخاص بالنسبة لهم أصحاب أهمية واهتمام رئيسي – والأرجح أن الأطفال التوحديين يولدون ولديهم المعرفة الأساسية بأنهم كأعضاء في الجنس البشري يتمتعون بعضوية أو انتماء يتسم بالغياب أو القصور. أما الأطفال العاديون الأسوياء فمن الواضح أنهم يكونون مهيئين منذ الميلاد للتواصل مع الآخرين، وأن تواصلهم يبدأ بفهم أو إدراك المراد من وجودهم في هذا العالم، وأن هذا يبدأ خلال الأسابيع القليلة الأولى من حياتهم. ولعله قد أصبح من الواضح بشكل مؤكد أن أي تداخل يحدث مع تلك العمليات النمائية سوف يؤدي إلى تضمينات خطيرة وبعيدة المدى. وبدون هذه المعرفة الجوهرية لدى الطفل التوحدي بأهمية كينونته الإنسانية، يصبح من غير المستغرب أن نجده يتعامل عادة مع الأشخاص كما لو كانوا أشياء.

وأما هؤلاء الذين يستمتعون بالاتصال الجسدي Physical contact فأغلب الظن أنهم يتعاملون مع الوالد المحبوب على أنه مجرد أداة للعناق Cuddling machine يقتربون منها ليشبعوا احتياجاتهم الخاصة. وحين يحاول الوالد ضمهم أو عناقهم فأنهم غالبًا ما يتملصون منه ويبتعدون عنه. وعلى نفس النحو، عندما يريد الطفل شيئًا فإنه يستخدم ذراع البالغ كأداة للوصول إلى هذا الشيء، أو أنه يتحرك بكامل جسمه تجاه الشيء الذي يرغبه. وهذا يتناقض مع تعدديه الأساليب والطرق التي يتبعها الطفل العادي ليعلم الآخرين باحتياجاته، سواء من خلال التواصل البصري (عن طريق العين) الذي سبق الإشارة إليه Eye contact ، أو بالإشارة، أو

عن طريق جذب اهتمام أحد الأشخاص البالغين، فضلاً عن استخدام الألفاظ Vocalization "[1].

ولكن – مرة أخرى – يتعين القول أن هذه الأنماط السلوكية الشاذة لا يمكن اعتبارها في حد ذاتها دلالة خاصة. وإنما الأهم منها هو السياقات التي تحدث فيها ومدى تكرارها فتلك هي التي تعد مؤشرات دالة على النمو غير السوي (الشاذ). ونحن لا نستطيع أن نؤكد بما فيه الكفاية على حقيقة أن الطفل السوي يلفت انتباه والديه دائمًا لأسباب أخرى غير احتياجاته الأساسية مثل الحصول على الطعام، وأنه يعمل جاهدًا على الاحتفاظ بانتباه الوالدين من خلال إظهار رغبته في أن يشاركاه اهتماماته. ولكن إذا فشل الطفل في تكوين هذا النمط الأولي والأساسي من الاتصال وظلت استجابته محدودة الأسلوب في إعلام والديه برغباته عندئذ يكون لدينا سبب كاف يدفعنا إلى أن نقلق.

وعلاوة على ما سبق فإنه من الأمور اليسيرة على الآباء والأمهات تجاهل أو التقليل من شأن كثير من أو كل هذه العلامات والأعراض التي وصفناها، بيد أن فشل الطفل في الاستجابة للحديث معه، أو تطوير قدراته اللغوية يكون هو السبب

---

[1] - التلفظ: Vocalization

يشير المصطلح إلى المعاني التالية:

(أ) بصفة عامة استخدام الجهاز الصوتي لإنتاج أصوات، وهذا المعنى شامل ويضم جميع أنواع الأصوات، التي تشبه اللغة والتي لا تشبهها، والتي يصدرها الإنسان راشدًا كان أو وليدًا، وتلك التي تصدرها أنواع الحيوانات الأخرى.

(ب) على وجه التحديد، استخدام الصوت في نطق الأصوات دون كلمات كما يحدث في مناغاة الطفل، وفي الصراخ والنباح، وفي الغناء، أو حالة التدريب على السلم الموسيقي.

(ج) إنتاج الأنواع الأخرى غير الإنسانية.

والمعنى الأول (أ) قد يستخدم مرادفًا لكلمة Verbalization، أما المعنيان الثاني والثالث (ب، جـ) فلا ينبغي استخدامها مرادفين لهذه الكلمة (جابر وكفافي، ١٩٩٦، ج ٨، ٤١٦٢).

في قلق الآباء ويدفعهم إلى السعي في طلب المعونة من المتخصصين، وعادة ما يكون ذلك خلال السنة الثانية من عمر الطفل. وهم غالبًا ما يذكرون أن الطفل بدأ ينطق بعض الكلمات القليلة قرب نهاية عامة الأولى، ثم بعد ذلك يقررون أنه يفقد هذه الكلمات، وبالتالي يمكن القول أنه لم يتكون لديه (أي لدى الطفل) الأساس لمزيد من نمو وتطور اللغة وهناك أطفال آخرون يكررون أو يرددون كالببغاء بعض الكلمات Echo or parrot words التي توجه إليهم، ولكنهم أيضًا لا يستطيعون تكوين أي حديث خاص بهم.

وفي حين أن معظم الآباء والأمهات – ولأسباب عديدة مختلفة – لا يبدأن بالقلق على نمو أطفالهم حتى يبلغوا عامهم الثاني، فإن البعض منهم يستشعرون وجود خطأ ما في مراحل أبكر من ذلك. ومع ذلك فإنهم بالنظر إلى طفلهم الجذاب القوي النشط نجدهم يعانون صعوبات جمة في تحديد ذلك الخطأ على وجه الدقة. وذلك ربما يرجع إلى أنهم يدركون أن هذا الطفل مختلف عن أخوته الأكبر منه سنًا، أو مختلفًا عن الأطفال ممن هم في مثل سنه. والآباء والأمهات قد يتحرجون من اصطحاب مثل هذا الطفل للطبيب خوفًا بالصد أو بالاتهام بأنهم يهتمون بأشياء تافهة Fussy parent وهكذا فإن الطريق للحصول على تشخيص ذي معنى لهذه الحالات يكون مليئًا ومحاطًا بالمشكلات منذ البداية.

<u>المجال الثاني: ملاحظات عامة، المظهر، الحركة، السلوك.</u>

General Observations – appearance, movement, and behavior

من نافلة القول أن مظهر الأطفال التوحديين لا يكون من الناحية النمطية طبيعيًا تمامًا وحسب، ولكنهم أيضًا يكونون أطفالاً جذابى المظهر. ولعل هذه واحدة مما يسمى بالأشياء الخرافية أو الأساطير Myths التي تلاحظ على مدى واسع ومع ذلك لا يوجد تفسير لها. ويتسم العديد من هؤلاء الأطفال بالرقة الشديدة، مما

يجعل تشخيص حالاتهم على أنها إصابة بالتوحد يبدو وكأنه حكم غير عادل أو حكم ظالم. وهذا المظهر الجذاب يظل ملاحظًا في هؤلاء الأطفال حتى مع وجود درجة عالية من الإعاقة الذهنية. ولكن، على أي حال، تصبح جاذبية الأطفال أقل إشراقًا – برغم عوامل النضج – لأن خبرات الحياة تترك آثارًا طفيفة على ملامحهم. ومن ثم تعد التعبيرات الجامدة للوجه والنظرات الزائغة بالإضافة إلى تقطيب الوجه أحيانًا من السمات الإضافية والمميزة والتي تلاحظ في العديد من الأطفال التوحديين.

أما تجنب التقاء البصر أو التواصل بالعين، فهو عرض طالما ارتبط باضطراب التوحد واعتبر حتى وقت قريب جدًا من الخصائص ذات الأهمية التشخيصية العالية. ولكن الاستناد إليه يعتبر افتراضًا مضللاً لأنه ، برغم أن الكثير من الأطفال التوحديين يتجنبون التقاء البصر والتواصل بالعين، فإن العديد منهم يفرط في التحديق في عيون الآخرين. وهناك آخرون لا يملكون هذه القدرة وحسب، وإنما أيضًا يستخدمونها على نحو ذي معنى وإن كان ذلك يتم على مستوى قاعدي بدائي إلى حدٍ ما، كأن ينظر الطفل إلى شخص بالغ رغبة في الحصول على موافقته على أمرٍ ما.

ويلاحظ كثير من آباء وأمهات الأطفال التوحديين أن طفلهم يتفحص الأشياء من زاوية معينة، وغالبًا ما ينظرون إليها من أركان عيونهم. وأحيانًا ما يمسك الأطفال التوحديين بالشيء بحيث يجعله يعكس الضوء، وهو الأمر الذي يعطي التوحديين قدرًا كبيرًا من المتعة، على ما يبدو. وقد يستلقي آخرون على أرضية الحجرة لفترات طويلة ينظرون – مثلاً – إلى قطار لعبة يدفعونه بدأب وعناية إلى داخل نفق صغير ثم إلى خارجه. كما أنه من الأمور المعتادة رؤية الطفل التوحدي الصغير وهو يسير على أطراف أصابع قدميه. وقد يصاحب ذلك أن يرفرف بذراعيه

وكأنها أجنحة أو حتى قد يحرك أصابعه في حركات ملتوية متموجة أو أفعوانية. وقد يستمتع الطفل بإدارة جسمه كله في حركات دورانية سريعة ونشطة، ربما للإحساس بالاستثارة التي يزوده بها هذا النشاط.

ومن نافلة القول أن الأفعال المتابعة التي يستخدمها الأطفال العاديين لجذب انتباه الآخرين ليشاركوهم اهتماماتهم تكون غائبة تمامًا لدى الأطفال التوحديين وكثيرًا ما يلعق الآباء والأمهات على ذلك بقولهم: إن هذا يجعل الطفل وكأنه يعيش في عالم من صنعه خاص به.

وبصفة عامة لا يمكن اعتبار لغة الجسد Body language [1] دليلاً يعتد به. فعلى الرغم من أن العديد من الأطفال التوحديين يمكن وصفهم بانهم مفرطي النشاط Hyperactive [2] كشأن العديد من الأطفال. إلا أنهم لا يفعلون شيئًا مطلقًا إلا إذا

---

١ – لغة الجسم: Body language

التعبير عن المشاعر اللاشعورية والدفعات والصراعات من خلال أعضاء الجسم، كما في الأعراض التحولية أو من خلال وضع الجسم أو الإشارات أو التعبيرات الوجهية، والصور الأخرى من الاتصال غير اللفظي. وفي العلاج النفسي يعتبر أحد الأهداف الرئيسة هو ترجمة وتفسير لغة الجسم، ويستخدم مصطلح لغة الجسم بالتبادل مع مصطلح لغة الأعضاء (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٩، ج ٢، ٤٤٩).

٢ – فرط النشاط، النشاط الزائد Hyperactivity: حال من النشاط الزائد والمستمر، والذي لا يدع مجالاً للراحة توجد بصفة خاصة عند الأطفال من ذوي الإصابات المخية، والمتخلفين عقليًا، والمضطربين سلوكيًا انفعاليًا. ومثل هؤلاء الأطفال يكون لديهم مدى ضيق في الانتباه، ونمط فقير من الدم، كما أنهم يفصحون في سلوكهم عن عيوب وأوجه نقص في الجوانب الإدراكية والتربوية.

ويمكن أن تلاحظ هذه الحال أيضًا عند الكبار الذين يصابون بالتهاب الدماغ الوبائي، أو في الطور الهوسي من الاضطراب ثنائي القطب أو الإثارة التخشبية (الكتاتونية). ولا ينبغي أن يختلط فرط النشاط مع الزملة الحركية الزائدة، وهي أكثر خطورة حيث يكون السلوك في حال فرط النشاط عادة غرضيًا يهدف إلى شيء ما. أما في الزملة الحركية الزائدة فإنه بلا هدف أو غرض. ويسمى فرط النشاط أيضًا الحركة الزائدة Hyperkinesias.

دفعناهم دفعًا إلى المشاركة في نشاط معين والطفل التوحدي النشيط قد ينخرط في أنشطة تكرارية ولكنها أنشطة بلا هدف، كان يركض هنا وهناك، أو ينقر على الأشياء، بأصابعه ويبرمها ويلفها. وقد يظهر الأطفال الأكثر قدرة من الناحية العقلية مهارة في القيام بأفعال تكرارية أكثر تعقيدًا. فقد يرتبوا الأشياء في صف منتظم، أو يلتزموا بروتين معين، ويكون الهدف من كل ذلك – على ما لا يبدو – هو الاحتفاظ بالتماثل والرتابة والإبقاء على الأشياء كما هي دون أدنى تغيير. والأطفال التوحديون القادرون على التعبير اللفظي قد يطلقون تعليقات حقيقية أو يتحدثون حديثًا لا ينتهي عن موضوعات تهمهم، ومع ذلك يعجزون عن الدخول في حوار متبادل Reciprocal conversation على نحو مرض. ولكن بعض الأطفال الأقل تأثرًا بحالة التوحد قد يظهرون دلالات ضعيفة على وجود مثل هذه السمات او الخصائص لديهم.

ومما تجدر الإشارة إليه أن بعضًا من أفراد هذه الفئة من الأطفال قد يظهرون القدرة على القيام بالأنشطة التكرارية المتسمة بقدر من الابتكارية، ففي الرسم مثلاً قد نجد بعضهم لديه القدرة على صنع النماذج النمطية أو حتى تصميم المباني والنماذج. ولكن الناتج يكون عادة متكررًا بشكل نمطي Stereotyped على الرغم

ومما يذكر – فيما يتعلق بالزملة الحركية الزائدة Hyperkinesias syndrome أنها اضطراب يحدث في الطفولة أو في المراهقة يتميز بنشاط حركي غير مسيطر عليه وبقابلية للاندفاع، وتململ شديد وبصعوبات تعلم وصعوبات حركية – إدراكية. وبمحدودية مدى الانتباه بشكل جوهري وباحتمالية صدور سلوك هوسي وبمشكلات انفعالية. وقد استخدمت أساليب العلاج النفسي- والعلاج العقاقيري (الفارماكولوجي)، وتعديل السلوك لمعالجة مختلف الصور التي يفصح هذا الاضطراب عن نفسه من خلالها (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤، ص ١٥٩٦ ، ١٥٩٧؛ ص ١٦٠٣).

كما أن هناك ما يسمى فرط النشاط النمائي Developmental hyperkinesias وهو مصطلح ينطبق على الأطفال الذين في مستوى متوسط أو أعلى منه من الناحية العقلية، ولكنهم يظهرون مستويات أعلى من النشاط كجزء متكامل من شخصياتهم (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣، ٩٤٠).

من أن التأثير المبدئي لهذا النشاط الفني ربما يخلق لدى المشاهد انطباعًا جيدًا جدًا. كما قد يكون مدى اهتمامات وأفكار الطفل التوحدي لا نهائيًا. وقد سبقت الإشارة إلى بعض هذه الاهتمامات والأفكار. فضلاً عن أن بعض الموضوعات المهمة الأخرى قد تتضمن رسمًا لحيوانات غريبة الشكل أو مخيفة، وصناعة السيارات، وجداول الضرب، وأرقام القطارات، وملوك وملكات انجلترا، وحتى الأرقام الشفرية لبضائع السوبر ماركت – وما إلى ذلك.

ولكي نحصل على فهم أفضل لتوظيف الأنماط لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، فإنه يتعين علينا أن نصل إلى تقييم دلائل السلوك الموجه نحو هدف Goal oriented behavior فإذا كانت دوافع الطفل موجهة فقط نحو الحصول على الطعام فإن التشخيص المستقبلي للحالة أو المآل لا يكون مبشرًا، إذ علينا أن نتذكر جيدًا أن السعي للحصول على الطعام هو غريزة أساسية بدائية، وأن قدرة الطفل على فتح الثلاجة ليحفظ قطعة آيس كريم ليأكلها فيما بعد ليس عملاً مثيرًا للإعجاب كما قد يبدو لأول وهلة. ومن ناحية أخرى، إذا أظهر الطفل التوحدي بعضًا من سعة الحيلة في مجالات أخرى تتعلق بإشباع احتياجاته واهتماماته، فإن الصورة بشكل عام قد تكون أفضل.

ومن الأمور المألوفة في هذا الصدد – بيد أنها لا تأخذ صفة العمومية عند جميع الأطفال التوحديين – أن يستاء الطفل التوحدي بشكل مبالغ فيه عندما يتعرض ولو بصورة هينة لتغيرات طفيفة في الروتين المعتاد بالنسبة له. ذلك أن بعض الأطفال التوحديين يقيدون أنفسهم بروتين خاص إلى الحد الذي يحيل حياة الأسرة إلى شيء أقرب إلى الفوضى. فهم يصرون على أن يمارس آبائهم أو أمهاتهم وإخواتهم وأخواتهم طقوسًا معينة قبل مشاركتهم حتى في أبسط الأنشطة كالجلوس لتناول الطعام أو الذهاب للتسوق. والعديد من الأطفال التوحديين يتمسكون بإتباع

طريق محدد وينتابهم غضب هائل إذا ما أجبرهم أحد على أن يسلكوا اتجاهًا آخر يبتعد عن طريقهم الذي اعتادوه. ومع ذلك، وعلى نحو متناقض، فإن التغييرات الأكثر جذرية والخبرات الجيدة قد تمر دون أن تلاحظ من قبلهم كما أن هؤلاء الأطفال أنفسهم يتكيفون للنزهات والأجازات دون أن تظهر عليهم أية علامات تدل على الضيق، أو التبرم.

أضف إلى ذلك أن من الصعوبات الشديدة التي يعاني منها حتى الأطفال التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية هي عدم القدرة على التعميم. فبرغم أنهم قد يكونوا على دراية بما عليهم أن يفعلوه وكيف يتصرفون في موقف معين، فإنهم يفتقرون إلى القدرة على الاستفادة من هذه الخبرة أو تلك، أو تكييفها للمواقف الجديدة التي قد يمرون بها. وعلى ذلك يمكن القول أن هناك قدر كبير من السذاجة يجعلهم يعرضون عن هذه المواقف رغم قدرتهم العقلية على فهمها بشكل ملائم.

فعلى سبيل المثال، قد يتعلم الطفل ألا يصدر تعليقات حول الرأس الأصلع للسيد «براون» (وهو أحد الأشخاص الذين يفترض أن يعرفهم) ولكن إذا قابل السيدة «سميث» (البدينة) فإنه يقضي اليوم بطوله يلفت الانتباه إلى ضخامة حجمها. وتمتد عدم القدرة على التعميم إلى كل جنبات الحياة اليومية للطفل التوحدي، كما أن مدى أو درجة الصعوبة التي تطرحها هذه المشكلة قد تكون أمرًا مقلقًا بالنسبة لمن يحيطون بالطفل من أفراد أسرته.

ومن أمثلة ذلك أن طفلاً في الثانية عشرة من عمره، في يوم أجازة مدرسية طلب منه أن يضع شامبو على شعره – وهي مهمة تتكرر بانتظام في المنزل – ولكنه بدلاً من أن يضع سائل الشامبو على شعره وضع الزجاجة نفسها فوق رأسه.

ثم أن الوعي بمصادر الخطر دائمًا ما يكون مشكلة، لأن الطفل التوحدي على الرغم من أنه قد يكون سبق تدريبه على تفادي خطر معين في موقف معين – لا

يستطيع أن يتوقع خطر مماثل في موقف آخر غير مألوف بالنسبة له. وبتقدم الطفل التوحدي في السن، قد يتعلم بعض استراتيجيات التعايش التي يمكن من خلالها أن يتكيف مع المواقف الجديدة وغير المألوفة، خاصة إذا كان هؤلاء الأطفال من حالات الطرف الأعلى على متصل التوحد. ومع ذلك يظلون معرضين للخطر لأنه من المستحيل تعليمهم مهارات تكيفية لكل الاختلافات والتغييرات التي هي جزء لا يتجزأ من الحياة اليومية.

لقد بذلت العديد من المحاولات للتعرف على الفئات الفرعية التي تندرج تحت مسى الصعوبات التوحدية Autistic disabilities وما هو متاح لنا ليس سوى خبرة بعدد قليل من الأطفال يمكن وصف سلوكهم – في نفس الوقت الذي تعتبر فيه هذه الأنماط من السلوكيات غير متجانسة – بأنه سلوك شاذ بصورة متطرقة. ولغرض الاستخدام الإجرائي ابتكرت كل من «آرونز وجيتنز» Aarons and Gittens (١٩٩٢) مصطلح «التوحد الانحرافي» Deviant autism لوصف هؤلاء الأطفال على الرغم من أن مصطلح «الاضطراب الارتقائي المنتشر»[1](وهو تصنيف

---

[1] – اضطرابات ارتقائية منتشرة Pervasive developmental disorders

مجموعة من الاضطرابات تتضمن تشوهات كبيرة في العديد من الوظائف النفسية مثل اللغة والمهارات الاجتماعية والانتباه والإدراك واختبار الواقع والحركة.

وتتكون هذه المجموعة التي أوردتها المراجعة الثالثة للدليل التشخيصي- والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (DSM III) من:

(أ) اجترارية طفولية Infantile autism

(ب) اضطراب نمائي تنتشر بدايته في الطفولة: Childhood – onset pervasive developmental disorder.

(ج) اضطراب نمائي شاذ منتشر Atypical pervasive developmental disability.

(د) عجز نمائي: Developmental disability

واسع المدى في الولايات المتحدة الأمريكية) - يمكن أن ينطبق على مثل هؤلاء

أما الاجترارية الطفولية، أو الانطواء الذاتي الطفولي، فهو اضطراب شديد يظهر قبل أن يبلغ الطفل سن الثلاثين شهرًا ويتميز هذا الاضطراب بما يأتي:

- نقص منتشر في الاستجابية للآخرين (عدم الاهتمام، الفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل، نقص الانتباه إلى الآخرين، والتقاء عينية بعيونهم، اللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة).
- تضرر عملية نمو التواصل الذي يتدرج من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والببغائية Echolalia وعكس ضميري «أنا» و «أنت» في الاستخدام وعدم القدرة على تسمية الأشياء واللغة الاستعارية الخاصة.
- سلوك شاذ مثل المقاومة حتى لأي قدر قليل من التغيير والتعلق الشديد بأشياء معينة (مثل قطعة من الدوبارة أو سير من الجلد) والأعمال الطقوسية مثل التصفيق بالأيدي أو الحملقة في الأشياء الأسطوانية والدوارة. ويميز معظم الباحثين بين هذه الحال والحال الفصامية. وتسمى أيضًا هذه الحال مرض «كانر» Kanner,s disease، أو زملة «كانر» Kanner,s syndrome.
- وأما الاضطراب النمائي المنتشر المبتدئ في الطفولة؛ فهو اضطراب حادة ومستمر، وإن كان نادرًا، وشاذًا في العلاقات الاجتماعية، ويتضمن نقص الاستجابة الانفعالية والتعلق غير المقبول وغير المناسب، وعدم الاكتراث بالرفاق والأنداد ويكون مصحوبًا بعدد من الأعراض النوعية مثل القلق المفاجئ، ونوبات الألم، والوجدان غير المتناسب، والغضب بدون داع، ومقاومة التغيرات حتى البسيطة في نظام الحياة، والوضعية الخاصة المتمثلة في المشي على أطراف أصابع القدم، والصوت الرتيب، والحساسية الزائدة أو الغائبة للمثيرات الحسية، والاضرار بالذات، وضرب الرأس (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج ٢، ٥٨٩).
- وأما الاضطراب النمائي الشاذ المنتشر، فهو نمط من الاضطراب يتضمن فئة تشتمل على الأطفال ممن لديهم اضطرابات في النمو اللغوي، والمهارة الاجتماعية ولا يمكن تصنيفهم على أن لديهم اجترارية «توحدية» طفلية Infantile autism أو اضطراب نمائي يصاحب بداية الطفولة (جابر وكفافي، ١٩٨٨، ج ١، ٣٠١).
- وأما العجز النمائي فهو اضطراب عقلي أو جسمي يوجد قبل سن الثامنة عشر، ويحتمل أن يستمر بشكل ما يمثل إعاقة جوهرية للوظائف السوية. ومن الأمثلة على ذلك: الشلل المخي، الصرع، التوحد، العمى، الصمم، الخرس، والضمور العضلي، تكوين العظام غير الكامل، عسر التلقائية الأسري، التخلف العقلي، ويسمى هذا أيضًا الاضطراب النمائي Developmental disorder (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣، ٩٣٩).

الأطفال. وعلى نفس النحو، هناك تاريخ نمائي يرهص (يعلن عن بدء) الإصابة بالتوحد، يتضمن تأخرًا في النمو اللغوي. وبصفة عامة يمكن القول أن معدل النمو اللغوي فيما بين الرابعة والخامسة من العمر يتسارع، ويبدو أن كثيرًا من جوانب التوحد يتراجع بشكل ملحوظ. ولعل الآمال تتسع في هذه المرحلة ويسود التفاؤل من حيث إمكانية حدوث تقدم لأن العديد من الأطفال قد يحققون بالفعل تقدمًا أكاديميًا يبعث على الرضا، وعلى أية حال فإنه يصبح من الواضح وبالغرم من ذلك التقدم. أن هؤلاء يطورون أنماط سلوكية منحرفة. وقد تتبدي هذه السلوكيات المنحرفة أحيانًا وبوجه خاص في صورة اهتمامات عجيبة وممتدة قد تسيطر على حياتهم.

ومن أنواع السلوك المتباينة التي تشجعنا على تصنيف هؤلاء الأطفال ضمن تلك الفئة التجنب الكامل لأداء المهام، فبرغم استخدام أساليب عديدة من قبيل التملق Cajoling وحتى الوصول إلى مرحلة اللجوء إلى التهديد والوعيد؛ فإن مثل هذا الطفل قد يستغرق فترة الصباح بأكملها دون أن يكتب سوى جملة واحدة على الرغم من أنه قادر على أن يعطي أداء أفضل من ذلك بكثير. كما يلاحظ أن هناك أطفالاً قد يسترسلون في السباب والشتائم، وهم يستخدمون في ذلك ألفاظًا بذيئة، كما قد يلاحظ على بعض الأطفال الذين لهم تاريخ مع الإصابة بالتوحد، يظهرون قدرًا كبيرًا من العنف يصل إلى الدرجة التي يتخذ بشأنهم قرارًا بالاستبعاد من دون الحضانة ذات السمعة الحسنة التي يذهبون إليها.

هؤلاء الأطفال يبدون – بشكل سطحي – كما لو كانوا على وعي بما يدور في عقول الآخرين، ولهم مهارة خاصة في معرفة كيفية إزعاج ومضايقة الناس من حولهم، مسببين لهم في العادة أذى كبير. وهناك من الباحثين من يرى أن هذا السلوك يبدو كما لو كان يشبع حاجة مضادة لرغبات الطفل، ولا يدل على أي وعي

حقيقي بالآخرين. وبمرور الوقت، يمكن أن تتحول هذه الأنماط السلوكية إلى عادات، وتؤدي إلى مشكلات تتعلق بصعوبة السيطرة على الطفل، مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى إرشاد ملائم، وقد يستجيبون على نحو طيب لأساليب تعديل السلوك إلا أنه في واقع الأمر يساور الباحثون الشك فيما إذا كان من الملائم عزل فئة هذه الحالات غير العادية إلى حد ما كما قد يمكن اعتبارهم يدخلون ضمن فئة زملة «اسبرجر» Asperger,s syndrome (الذي اقترح مؤخرًا وجود علاقة – ما زالت تحت الاختبار – بين التوحد وزملة «توريت»[1] Tourrete syndrome). إلا أن

١ – زملة «توريت» Tourette syndrome: نسبة إلى طبيب فرنسي (١٨٥٧ – ١٩٠٤) كان أول من قدم وصفًا لمرض اللزمات العصبية التشنجية والذي أصبح يطلق عليه الآن اضطراب «توريت» Tourettes disorder ويقصد به اضطراب حركة منمطة يتميز بحركات سريعة لا إرادية متكررة لمختلف مجموعات العضلات وتتضمن التشنجات الصوتية مثل الشخير Grunts والأصوات التي تشبه العواء Yelps والنباح Barks والشن Sniffe . وفي معظم الحالات يكون عند المريض دافع لا يقاوم للتفوه بالبذاءات. وهو اضطراب يستمر مدى الحياة وليس له أصل معروف، ولكنه يبدأ عادة بتشنجات في العين قبل سن الثالثة عشر، وأول من وصف هذا الاضطراب هو الطبيب الفرنسي- «جورج جيل دي لا توريت» في عام ١٨٨٥، واعتبر من قبل العديد من الباحثين كحالة فصامية ويسمى هذا الاضطراب أيضًا زملة «جيل دي لا توريت» Gilles de la touette,s syndeome أو مرض «جينو» Guinon,s disease ، ونفضة «جينو» Tic de Guinon أو التشنج المتعدد مع البذاءة Multiple tics with coprolalia (جابر وكفافي، ١٩٩٦، ج ٨، ٣٩٨٥ – ٣٩٨٦).

وهناك من يطلق عليه عرض «توريت» Tourette,s syndrome ويقرر أنه مرض نادر الحدوث، تتبدى أعرضه في ما يشبه التقلصات اللاإرادية في الحركات ونطق الكلام وخاصة في الوجه، ويصاب به الأطفال عادة في ما بين الثانية والرابعة عشرة من العمر، ويبدأ بفتح العينين وإغماضهما على نحو لا إرادي سريع ومتكرر أو تقلص عضلات الوجه، ثم ما يلبث أن ينتقل بالتدريج إلى بقية أجزاء الجسم.

ويرى أن أفضل وسيلة للسيطرة على هذه الحالة في الوقت الحاضر هي إعطاء الفرد بعض المهدئات القوية (الشخص والدماطي ١٩٩٢: ٤٤١).

هؤلاء الأطفال – أيًا كان الاسم الذي نطلقه عليهم، وأيًا كانت الفئة التي ينتمون إليها، يعتبرون حالات من الصعب السيطرة عليها سواء في المدرسة أو في المنزل.

أما سلوك حالات التوحد الأكثر نمطية فلا يبدو معتمدًا على مستوى التوظيف الفكري Intellectual Functioning، برغم أن الأساليب التي يتكشف بها هذا السلوك تكون مختلفة. فعلى سبيل المثال، نجد أن الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد الأشد خطورة قد يتواثبون في المكان ويصدرون أصوتًا شبيهة بالعواء وينادون على بعضهم البعض بشكل متكرر، ويظهرون أيضًا سلوكيات تجعلهم ملاحظين بشكل واضح في أماكن تواجدهم، والأطفال التوحديون الأكثر قدرة من الناحية العقلية قد يقهقهون بطريقة غير مقبولة، أو يزعجون الكبار بتساؤلاتهم المتكررة حول موضوعات لا توجد أية رابطة بينها، وهو ما يجعلهم أيضًا ملاحظين بوضوح في مجتمعاتهم المباشرة.

كل هذا يدعونا إلى أن نأخذ في اعتبارنا الإعاقات الاجتماعية Social impairments التي وصفتها «لورنا وينج» Lorna Wing والتي تمت الإشارة إليها في فصل سابق، فماذا يعني هذا في مصطلحات عملية ومحددة إجرائيًا؟

إن معظم الأطفال الأكثر تأثرًا باضطراب التوحد لا يفشلون فقط في الاستجابة للغة، ولكنهم أيضًا يجتنبون كل أنواع الاتصال الجسدي Physical contact وكل المحاولات للمسهم أو احتضانهم تقابل بالصد، فهؤلاء الأطفال يبدون كما لو كانت محاولات الناس للتقرب منهم تثير استياءهم وضيقهم. وهذه العزلة المطلقة أو الانفصال المتطرف عن الآخرين تحزن الآباء كما لو أنه لا توجد وسيلة أخرى يمكنهم إظهار حبهم بها أو حتى بعث الراحة والطمأنينة في أطفالهم عندما يكونون في حالة من الضيق أو الانزعاج. كما أن الأطفال التوحديين يوصفون عادة بأنهم «انسحابيون» Withdrawn كما لو كانوا قد اتخذوا قرارًا بإبعاد أنفسهم عن مجتمعهم

وهذا السلوك من جانب هؤلاء الأطفال يمل أو يعبر عن إدراك خاطئ لطبيعة الصعوبات الاجتماعية التي تتضمنها الإصابة باضطراب التوحد.

فالأطفال التوحديون لم ينسحبوا، ولكنهم في الحقيقة لم يتعلموا بعد كيف يتفهموا ويحصلوا على متعة من التواصل الإنساني. ولحسن الحظ، نجد أنه مع تقدمهم في السن، يتعلم معظمهم – ليس تقبل الاتصال الجسدي فقط – ولكن أيضًا الاستمتاع به، وقد يندهش بعض الناس، الذين يعتقدون أن التوحد هو بالضرورة نوع من التباعد والعزلة – عندما يعلمون أن الأطفال التوحديين لا يحبون المعانقة وحسب، وإنما يسعون بدأب للتواصل الجسدي الذي يحصلون منه على متعة كبيرة.

وعلى أية حال، فكما ذكرنا سابقًا، فإن العديد من الآباء – على الرغم من الواقع الذي يشير إلى أن طفلهم بدأ يتقبل هذا التواصل – يستشعرون أن هذا التواصل يتم دائمًا وفقًا لشروط الطفل الخاصة، وأنه يمثل مشاعر غير متبادلة على نحو حقيقي.

كما أنه من المألوف تمامًا بالنسبة للأطفال التوحديين استمتاعهم باللعب الخشن العنيف، مثل الدغدغة Ticking والمطاردة وأن يؤرجحهم أحد في الهواء، ويتعلم العديد من الأطفال التوحديين التعاون من خلال الأنشطة الجماعية التي ينظمها الكبار، والأطفال الأكثر قدرة من الناحية العقلية يزجون بأنفسهم في الألعاب الجماعية للأطفال العاديين وهؤلاء بدورهم يسمح لهم أن يشركوهم في ألعابهم وما إلى ذلك، ومن الممكن في سياق هذه الألعاب أن يتعلم الأطفال التوحديين كيفية السلوك الملائم في المواقف المألوفة. والحقيقة – خاصة في أقصى طرف في متصل التوحد – فإن الأطفال والكبار من التوحديين يرغبون بشدة في أن يشاركوا في الأنشطة الاجتماعية غير أن أفكارهم في هذا الصدد قليلة، كما أنهم قد لا يعرفون كيف ينخرطون في هذا النوع من الأنشطة. فالمهارات الاجتماعية التي يكتسبها

الأطفال العاديون بدون عمليات تعلم تذكر، والكياسة والفطنة التي نعتبرها شيئًا مسلمًا به هي أمور بعيدة تمامًا عن التحقق بالنسبة للطفل المصاب بالتوحد.

آية ذلك أنه مهما كانت قدراتهم العقلية عالية، فإن الافتقار للمهارات الاجتماعية يعد إعاقة هائلة شديدة التأثير على كافة جوانب حياتهم... وإذا كانت مرحلة المراهقة تعد مرحلة صعبة بالنسبة لكل المراهقين العاديين، فإن التعقيدات الاجتماعية المتزايدة التي تطرحها هذه المرحلة تكون بمثابة كابوس رهيب بالنسبة للمراهقين التوحديين. ذلك أنهم يكونون على وعي بأنهم يختلفون عن المراهقين العاديين، ولذلك يعلمون تمام العلم أنه لن يكون بمقدورهم أن يعملوا ما يتعين عليهم عمله حتى يصبحوا مقبولين اجتماعيًا وهنا تتعين الإشارة إلى أنه بالنسبة لهؤلاء المراهقين فإن برامج التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية قد تكون مفيدة جدًا لحالتهم. فمثل هذا التدخل قد يجنبهم المزيد من نضوب الثقة بالنفس ويجنبهم الدخول في الاكتئاب فضلاً عن العديد من المشكلات السلوكية الأكثر صعوبة وتعقيدًا. وقد تقود السذاجة الاجتماعية المفرطة بعض الأفراد التوحديين أصحاب الشخصيات الأقل قمعًا إلى البحث عن سبل تحقق لهم الاتصال الجنسي، وقد يلحون في تحقيق هذا المطلب. وقد كتبت عن هذه المشكلة «سيبيل إلجلر» Sybil Elgar وهي معروفة بأعمالها الرائدة في مجال التوحد. وقد تكون دراساتها حول هذا الموضوع، بالإضافة إلى بعض الاستجابات التي تم الحصول عليها من بعض الأفراد، حقائق هامة يصح أن يطلع عليها الآباء وغيرهم من القائمين على رعاية الأطفال التوحديين فضلاً عن المراهقين والكبار منهم.

إن الفحص العميق والدراسة المستفيضة لكل جوانب نمو الأطفال التوحديين ومظهرهم وسلوكهم، يلقي مزيدًا من الضوء على مجالات أخرى، من المعتقد أنها

مهمة وجوهرية في تقديرنا وتقييمنا لأفراد هذه الفئة، وهذا ما سوف يتضح لنا من خلال عرض ما تبقى من المجالات تباعًا.

المجال الثالث: التحكم في الانتباه (ضبط الانتباه):

Attention control

يصف هذا المصطلح مدى قدرة الطفل على توجيه انتباهه وتركيزه على شيء ما، هذه القدرة تعد ضرورية وأساسية لكل الأطفال، وهي تتطور عبر مراحل نمائية Developmental stages تتدرج بداية من التشتت الكامل للطفل حديث الولادة إلى الانتباه المكتمل والممتد الذي يظهره الأطفال في سن ما بين الرابعة إلى الخامسة عند دخولهم المدرسة (كوبر وآخرون. Copper, et al. ١٩٧٨)، بعبارة أخرى، فإنهم يكونون مستعدين للتعلم، إلا أن الطفل التوحدي – من الناحية النمطية – عادة ما يسهل تشتيت انتباهه ما لم يكن في حالة تركيز على نشاط له أهمية خاصة بالنسبة له – أما الأطفال التوحديين الذين يتمكنون من تحقيق مستوى من النمو والارتقاء أفضل من هذا المستوى من الانتباه فإنه ترتفع احتمالية تحقيقهم لمستوى أكاديمي متقدم. ومع ذلك، ينبغي أن نضع في الاعتبار أن ما نسميه هنا تقدمًا أكاديميًا يمكن أن يحدث عادة في غياب الفهم الحقيقي الذي سنتناوله بالتفصيل في فقرات تالية لاحقة من هذا الفصل، ذلك أننا لا نستطيع – في واقع الأمر – أن نؤكد بما فيه الكفاية على مدى أهمية أن ندرك إلى أي حد يستطيع الطفل أن يركز انتباهه، فعادة ما يتركز الاهتمام – مثلاً – على القصور في القدرة الكلامية أو افتقار الطفل التوحدي للقدرة على الكلام والتعبير، دون أن نأخذ في اعتبارنا أن الطفل يفشل في تركيز انتباهه على ما يقال له. إذا أن الانتباه يعد أحد الدعامات الحيوية التي يستند إليها كلا من النمو والتعلم.

المجال الرابع: أداء الوظيفة الحسية (التوظيف الحسي):

Sensory Function

هذا المصطلح يشير إلى أشياء من قبيل استخدام حاسة البصر والسمع واللمس والشم. ويعد الإدراك البصري[1] Visual perception – أو الوعي بالمثيرات البصرية والتعرف عليها – من القدرات الصالحة لدى الأطفال والتوحديين، فعادة ما يظهر هؤلاء الأطفال مهارة في مزاوجة الأشكال وأحاجي الصور المقطوعة[2] وتركيب الأشكال. أما بالنسبة للأطفال العاديين «الأسوياء» فإن هذه القدرات تتطور لتصل إلى القدرة على تكوين المفاهيم والتصورات البصرية، بمعنى أنهم يطورون فهما ويكونون معنى لما يرونه، أما مع الأطفال التوحديين فمن الضروري دائما أن نقرر ما إذا كانت المهارة في مجال الإدراك البصري ملائمة للمرحلة السنية التي يمرون

---

١ – الإدراك البصري: Visual perception

الملاحظة البصرية للأشياء والتعرف عليها، والمبادأة في العملية تكون بالضوء المنعكس من الأشياء على المستقبلات العصبية في شبكة العين، التي تحول النبضات أو الدفعات العصبية وتسقطها على خلايا المخ واللحاء، والذي يحولها إلى صور، ويتم التعرف بربط الأشياء المرئية بصور مشابهة مخزونة في الذاكرة (جابر وكفافي، ١٩٩٦، ج ٨ ، ٤١٥٢).

أو هو قدرة الفرد على تفسير ما يراه (الأشول، ١٩٨٧: ١٠٠٣).

أو هو قدرة الفرد على فهم وتفسير ما يراه (الشخص والدماطي، ١٩٩٢، ٤٥٨)

٢ – أحاجي الصور المقطوعة، أحجية الصور: Jigsaws

أحجية مؤلفة من قطع خشبية صغيرة يتعين على المرء أن يرتبها بحيث تشكل صورة ما (المورد، ١٩٩١: ٤٩١).

وأما أحجية الصور Jigsaw puzzles فهي عبارة عن صورة أو شكل يتم تقطيعه إلى أجزاء ثم يطلب من المفحوص إعادة تجميعه بحيث يشكل الصورة أو الشكل الأصلي. ويستخدم هذا النوع من الآحاجي للتعرف على قدرات الأطفال في إدراك العلاقات، والتآزر البصري الحركي، والتمييز بين الشكل والأرضية، والإغلاق البصري، والترابط البصري (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ١٩٨).

بها، أو ما إذا كانت مجرد مجال للقدرة العقلية النسبية، أي نقرر ما إذا كانت قدراتهم ومهاراتهم العقلية أفضل لديهم من جوانب أخرى للنمو.

ويلاحظ أن بعض الاختبارات السيكومترية Psychometric tests وكذلك اختبارات الذكاء IQ tests تؤكد تأكيدًا خاصًا على أهمية المهارات الأدائية Performance skills، وهي في جوهرها تلك القدرات التي سبقت الإشارة إليها منذ قليل. وقد أدى هذا بالعديد من المهنيين العاملين في هذا التخصص إلى تقديم صورة مسرفة في التفاؤل عن إمكانات الطفل التوحدي متجاوزين في ذلك ما يتمتع به بالفعل. ويجدر بنا أن نأخذ في الاعتبار أن المهارة الاستثنائية التي يعتمد عليها التعرف على الأشكال وتصميم المكعبات لا تدل بالضرورة على وجود قدرات تبشر بنتائج إيجابية في المستقبل. بالإضافة إلى ذلك، فليس من المستغرب بالنسبة للأطفال التوحديين أن يستخدموا ذاكرتهم المذهلة بصورة قد تعطي انطباعات جيدة عن قدراتهم الحقيقية لكنها في واقع الأمر تكون انطباعات خادعة، ومع ذلك، هناك أطفال يحققون بالفعل تقدمًا ويتعلمون بعض المفاهيم البصرية، وإن كان ذلك يحدث بمعدل بطئ وعلى نحو غير مكتمل.

أما من حيث القدرات السمعية، فعادة ما يظهر الأطفال التوحديين سمات خاصة، فكثيرون جدًا هم هؤلاء الأشخاص الذين يعتقدون أن هؤلاء الأطفال يعانون من الصمم، وذلك لأنهم لا ينتبهوا للأصوات الآدمية ولا يبدون انزعاجًا في بعض الأحيان حتى من الأصوات العالية، وأحيانًا ما يتم تزويد هؤلاء الأطفال بمعينات سمعية[1] Hearing aids إلا أن الملاحظة الدقيقة تكشف عن أن هؤلاء

---

١ - المعين السمعي: Hearing aid

وسيلة كهربائية تضخم الأصوات للأشخاص الذين يعانون عيوبًا في السمع، ويتكون معين السمع من ميكروفون لتجميع الأصوات، ومزود للطاقة، ومضخم، وسماعة تترجم النبضات الكهربائية من المكونات الأخرى مرة أخرى إلى موجات صوتية مسموعة، وربما يختلف معين بعض الشيء في

الأطفال يسمعون جيدًا إذا كان الصوت لشيء له أهمية خاصة لـديهم، فعـلى سـبيل المثال يلاحظ أن الخشخشة التي تحدثها ورقة تغليف حلوى أو بسكويت تأتي بمثـل هذا الطفل جريًا وعدوا من أبعد ركن من أركـان المنـزل. عـلى أن بعـض الأطفـال التوحديين يبدون انزعاجًا وضيقًا شديدًا من المثيرات السمعية بصفة عامة؛ في حـين يظهر آخرون مثل هذا الضيق أزاء أصوات معينة، مثل صوت رجـل يسـعل، وقـد يحاولون أحيانًا تجنب الأصوات بوضع أيديهم على آذانهم، وهـم أيضًا يفعلون ذلـك في بعض الأحيان حين لا يرغبوا في الالتفات إلى ما يقال لهم، أو عنـدما يرغبـون في تجنيب أنفسهم صحبة لا يستمتعون بها.

ومما تجدر الإشارة إليه، أنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون سرعة كبيرة لحركة القدمين وخفة الحركة – على الأقل وهم في سن صـغيرة – فإنـه من الشائع لديهم أن يتجاهلوا وجود أي عوائق في طرقهم (سواء كـان هـذا العـائق إنسانًا أو أي شيء آخر). فقد يطأ (يدوس) الطفل التوحدي على قدم شـخص آخـر دون أدنى اهتمام أو انتباه، وقد يظهر الأطفـال التوحـديون نفـس القـدر مـن عـدم الوعي إذا مرت عجلات دراجة على أقدامهم هـم أنفسـهم. وفي مراحـل الطفولـة المتأخرة وكذلك في مرحلة المراهقة، حتى بالنسبة لمن كانوا يتصفون بالمهارة البدنية، يبدأ الأطفال المصابون باضطراب التوحد يظهرون قدرًا مـن عـدم التناسـق، وربـما

تصميمه بالنسبة للأشخاص الذين يعانون مـن الصـمم التوصـيلي عـن الـذين يعـانون مـن صـمم العصب. وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من فقدان السمع في أذن واحدة، فإنهم يكونون في حاجـة إلى معين سمع في الجانب الآخر من الجسم Contra lateral hearing الذي يسـتبين الأصـوات عنـد الأذن المصابة ويرسل الإشارات عبر الرأس إلى السماعة الموجودة بجانـب الأذن الصـحيحة، وهـذا ينتج تأثيرًا صوتيًا نمطيًا عاديًا أو سويًا يكون أمرًا أساسيًا في تحديد التوجه الصوتي (أو عملية السماع السليمة)، وعادة ما يثبت معين سمع الجانب الآخر من الجسم على نحو غير ظاهر في إطـار النظـارة (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤، ١٤٩٨).

نتيجة لافتقارهم إلى ما نسميه لغة الجسد Body language، وهو أحد الأعراض المتضمنة في الإعاقة الاجتماعية Social impairment، التي يعانون منها، مما يحد من حرية تعبيرهم الحركي الذي يعتبر أحد أساليب التواصل الإنساني. وهنا تجدر الإشارة إلى أنه من الأمور الملفتة للنظر أن ندرك السبب في أن الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم حالات يعانون من زملة «اسبيرجر» يوصفوا بأنهم خرقاء بدنيًا أي لا يتمتعون بأي رشاقة، وهناك من الباحثين من يعتقد أن هذا النقص في الرشاقة البدنية هو نفسه ذلك النقص في التناسق الحركي وسوء البراعة، أو هو في حقيقة الأمر ضرب من سوء التعبير على المستوى الحركي.

أما بعض الأحاسيس الدنيا التي ترتبط باللمس والشم والإحساس، فإنه من الشائع لدى الطفل التوحدي أن يتشمم أو يلعق أو يخدش الأسطح أو جلده، أو حتى بشرة أو جلد الأشخاص الآخرين، وهذه الأنشطة ترتبط في واقع الأمر بسلوك الأطفال التوحديين الأكثر إعاقة والأشد قصورًا من الناحية العقلية المعرفية، ولعله من المستحب عدم تشجيع هذا السلوك وينصح الوالدان باستخدام الصرامة والحزم حين يحاول الطفل أن يلمس - بلا تمييز - أجساد الأشخاص الآخرين، لأنه إذا كان هذا أمرًا محتملاً بالنسبة لطفل صغير، فإنه يصبح مصدرًا للعديد من المشكلات الخطيرة بالنسبة لطفل أكبر أو لمراهق، ولعله من الواضح أنه يكون من الأسهل تشكيل أنماط سلوكية مقبولة من قبل الأطفال الأصغر سنًا والأكثر قابلية للسيطرة عليهم وأخيرًا، يتعين أن نضيف أن نقص بالألم والحرارة والبرودة يعد خصائص وسمات أخرى مميزة للأطفال التوحديين. وذلك في حال مقارنتهم بنظرائهم من الأطفال العاديين، إذ أن الأطفال التوحديين يكونون أقل قدرة على تحديد موضع إحساسهم بعدم الراحة أو تفسير مصدره ناهيك على التعبير عن ذلك كله.

المجال الخامس: الفهم الرمزي:

Symbolic understanding

وهذا المصطلح يعني الفهم الذي يظهره الطفل بالنسبة للأشياء واستخداماتها، مما لا يتضمن استخدام اللغة، وبعبارة أخرى، إننا في الفهم الرمزي ننظر إلى كم ونوعية لعب الطفل. ذلك أن الأنشطة النمطية للعب – إن وجدت – لدى العديد من صغار الأطفال التوحديين تتكون من ترتيب السيارات في صف وإدارة العجلات والأشياء الأخرى والنظر إلى – أو التصفح السريع لصفحات الكتب، وإكمال لوحات تركيب الصور. وعادة ما يكون هناك لعب من خلال الجري بدون هدف، ويقتصر اللعب الاجتماعي Social play لدى هذه الفئة من الأطفال على المطاردة الخشنة العنيفة أو الهرولة أو الاضطراب ويعد اللعب بالأرجوحة أو الاستلقاء في وضع مقلوب أو في أوضاع شاذة من الألعاب المفضلة للتسلية وتمضية الوقت. وعادة ما يقرر الآباء أن متعة أطفالهم التوحديين الكبرى تكون في تخصيص مكان للعبهم وفي مشاهدة التليفزيون وأفلام الفيديو، وهو ما يمكن أن نعده ضمن نشاط اللعب، وغالبًا ما توجد تفضيلات خاصة يختارها الطفل مرات عديدة.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه بالنسبة للطفل العادي، عندما يكمل عامه الأول أنه يتعرف على الأشياء المألوفة حوله في البيئة المحيطة به، مثل الكوب الخاص به أو الزجاجة أو الفرشاة او المعطف. وبانتصاف عامه الثاني، أي حين يبلغ (١٨) ثمانية عشر شهرًا من عمره ومع تطور قدرته على الفهم فإنه يتعرف على الأشياء الصغيرة حجمًا التي تمثل الأشياء ذات الحجم الطبيعي التي يألفها، أي أن الطفل العادي في ذلك الوقت يبدأ لعبه بالعرائس الكبيرة واللعب ويكون اللعب بهذه الأشياء واضحًا للعيان، ويبدأ الطفل في تمثيل أحداث روتينية بسيطة في ألعابه، كأن يضع العروسة في السرير ويطعمها وينظفها. ومع بلوغه حوالي العامين والنصف فإنه

يبدأ يستمتع باللعب بالعرائس الصغيرة التي تأخذ صورة البشر- في بيت العرائس وما يحتويه من أدوات منزلية مصغرة، ويصبح اللعب الروتيني أكثر تعقيدًا وتركيبًا، ويبدو التخيل والابتكارية في اللعب أكثر وضوحًا، وقد لا يبدي العديد من الأطفال اهتمامًا بألعاب العرائس، ولكنهم يظهرون ابتكارية وسعة تخيل مع الألعاب التركيبية والبنائية، فهم يقدمون – مثلاً – نماذجًا عديدة للمركبات والمباني والطرق.

كما أن الطفل العادي يتطور أكثر متحولاً إلى كائن اجتماعي ودود يتطلع إلى صحبة غيره من الأطفال ويستمتع بها، وبصفة عامة، ومع اكتمال العام الثالث يبدأ الطفل العادي (السوي) يتعلم احترام الدور في اللعب بشكل أو بآخر، ويشارك نظرائه في اللعب الجماعي والأنشطة الجماعية التي يحصل منها على متعة كبيرة. وفي عرضنا لفصل تاريخ الحالات في نهاية هذا الكتاب سوف نشير إلى اختبار «لو وكوستيلو» LOW &Costello وهو اختبار للعب الرمزي Symbolic play Test، وهو يتكون من عدة سيناريوهات مبسطة للعب تستخدم فيها عرائس صغيرة الحجم وأدوات صغيرة، وتتراوح هذه السيناريوهات ما بين إطعام العرائس وتمشيط شعرها، وتنظيم مائدة إلى صف عربات نقل وتحميلها، وعلى أي حال، لهذا الاختبار حدود نظرًا لأنه حتى الحالات شديدة الإعاقة من الأطفال التوحديين يمكنها الحصول على الدرجات النهائية على هذا الاختيار، أي أنه يمكنهم أن يقدموا أسلوبًا ملائمًا لاستخدام كل الأشياء المصغرة، ومع ذلك فإنهم في الحياة الواقعية يفشلون بالفعل في اللعب على نحو تخيلي أو ابتكاري.

إن جوهر الفهم الرمزي المتنامي في علاقته باللعب هو التنوع والإبداعية والتخيل. وهذه الصفات الثلاث تعد أهم ما يميز خصائص اللعب العادي، وذلك في مقابل نوعية اللعب التي يظهرها عادة الأطفال التوحديين وخصوصًا الحالات

الأكثر قدرة من الناحية العقلية، فالأطفال التوحديون قد يلعبون لعبًا حقيقيًا، ولكنهم يلعبون ألعابًا لها طابع تكراري ممل يمثل لعبًا بالأشياء المهمة بالنسبة لهم. فعلى سبيل المثال، قد يقوم الطفل بإلباس العرائس ثم يخلع عنها ملابسها بشكل متكرر، أو يعد لهم الوجبات ويطعمهم، ويتحدث بعض الأطفال إلى العرائس ثم يجيب بدلاً منها. وهنا يمكن القول أن الملاحظة العرضية أو الخاطفة للعب هؤلاء الأطفال قد تؤدي إلى الاعتقاد بعدم إمكانية تشخيص اضطراب التوحد من خلال جلسات للعب أعدت خصيصًا لهم، إلا أن الأشخاص ذوي الخبرة بالتوحد يستطيعون التعرف على الخصائص المحددة للعب الأطفال التوحديين، والتي هي رغم تعقدها تتميز بالتكرارية وأنها لا تؤدي إلى تحقيق أي هدف، وأنه في بعض الأحيان قد يستطيع الأطفال التوحديين ممن تكون لهم اهتمامات معينة التعامل مع ألعابهم ببراعة ويكتسبون مهارة السيطرة عليها إلى حد ما، بل أنهم قد يظهرون قدرة واضحة على التخيل، والتي يمكن للمرة الثانية أن تحير الملاحظ غير الخبير وتربكه، ثم أن اهتمامات الطفل التوحدي عادة ما تكون مقيدة بحدود معينة وذات خصوصية في بنيتها، فعلى سبيل المثال، نجد أن أحد الأطفال الذين تمت ملاحظتهم ملاحظة دقيقة كان مغرمًا بالمكانس الكهربائية، ولم يكن يستطيع استخدامها وحسب، ولكنه كان أيضًا يرسمها ويصنع لها نماذج بالصلصال ويتظاهر بأنه يوصلها بمقبس كهربي وهمي أو متخيل.

وفي مقالة كتبها البروفيسور «جون مورتون» - مستشار البحث الطبي بوحدة النمو المعرفي John Morton of the Medical Research Council Cognitive وكانت بعنوان «أصول التوحد» The origins of autism أبرز الأهمية الفائقة للعب الظاهري Pretend play؛ فمن وجهة نظره:

«ليس كل اللعب يكون لعبًا تظاهريًا (إيهاميًا) ويضرب لذلك مثلاً؛ حالة طفل يلعب بإناء على لعبة تمثل موقدًا صغيرًا ويأتي بحركات شبيهة بتقليب الطعام وتحريكه كما تفعل أمه على الموقد الحقيقي. فهذا قد يكون مجرد لعب وظيفي Functional play أو نشاط يعبر عن ذاكرة تعيد تقديم ما سبق أن حفظته. ولكن إذا بدأ الطفل يشم الرائحة ويقول أنه رائحة لحم يقلى وينوع طريقة لعبه وفقًا لنوع ما يلعب به من أدوات تخص عملية الطهو، فهذا هو اللعب الظاهري».

وفيما بين سن الثالثة والنصف إلى الرابعة من العمر نجد أن معظم الأطفال يبحثون عن صحبة الآخرين ويستمتعون بها، وقد يندهش بعض المهنيين العاملين، مع التوحديين عند ملاحظتهم للأطفال العاديين من ثراء إمكاناتهم الاجتماعية ومن قدرتهم المتكونة – داخليًا – على تكوين الصداقات، ففي بعض الأحيان يطبق هؤلاء الأطفال قواعد اجتماعية دقيقة ويفهمونها دون تدخل من قبل الراشدين، أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية خاصة Specific language difficulties فقد يظهرون فقرًا في اللعب والعلاقات الاجتماعية، غير أن هذا قد يعكس غالبًا درجة من عدم النضج أكثر من كونه يشير إلى أنماط انحرافية كالتي يعكسها دائمًا الطفل التوحدي. وهكذا يتعين أن نأخذ في الاعتبار أن اللعب الفقير في حد ذاته ليس مؤشرًا على وجود اضطراب التوحد، وإنما لابد من توافر العديد من الجوانب السلوكية في نفس الوقت حتى يكون مثل هذا التشخيص – نعني تشخيص التوحد – أمرًا له دلالته.

ومع ذلك – وعلى نحو يبدو متناقضًا – نجد أنه عندما ينمو الطفل ليقترب من مرحلة الطفولة الوسطى، فإنه يبدأ يطور رغبة حقيقة لتكوين صداقات وفرص للعب، وأنه لحسن الحظ، أن هناك أطفال عاديين يرحبون باشتراك طفل توحدي في

ألعابهم وأنشطتهم، فأحيانًا يطلبون منه أن يقوم بدور «الطفل الصغير» أو «المريض» عندما يلعبون أدوار الأمهات والآباء والأطباء والممرضات.

وقد تتيح ألعاب المطاردة مجالاً واسعًا لدراسة مهارة الرسم عند الطفل التوحدي، برغم أن الألعاب ذات القواعد المعقدة تبدو بعيدة عن قدرات الأطفال التوحديين، أما ألعاب الألواح فهي على أية حال تقدم مجالاً واسعًا للأطفال التوحديين الأفضل قدرة من الناحية العقلية حيث تكون هناك إمكانية للتنبؤ بالطريقة التي يمارسون بها ألعابهم ويتعاملون بها مع لعبهم، بالإضافة إلى أن الذاكرة الجيدة قد تتيح فرص أكبر لنجاحهم في هذا الصدد، وتعد ألعاب الكوتشينة والشطرنج ومجموعات الحيوانات من الألعاب المفضلة غالبًا.

وبالرغم من أن الأطفال التوحديين يشيرون أحيانًا إلى رغبتهم في أن يكون لديهم أصدقاء، وبعضهم لديهم أصدقاء بالفعل إلا أن مفهومهم عن الصداقة قاصر ومحدود، فأعاقتهم الاجتماعية – حتى وإن كانت طفيفة – تحول دون اندماجهم مع غيرهم من العاديين. وهي حقيقة مثيرة للمشاعر بوجه خاص عندما يعرب الطفل التوحدي عن إحساسه برغبة عميقة في الحصول على أصدقاء، وعجزه في نفس الوقت عن فهم السبب الذي يجعله غير قادر على تكوين الصداقات.

المجال السادس تكوين المفاهيم[1] Concept Formation

يستخدم هذا المصطلح لوصف نمو فهم الطفل للعالم من حوله، وهذا النمو ينشأ عن العمليات الإدراكية Perceptual processes التي سبقت الإشارة إليها، وعادة ما يظهر الأطفال التوحديون مهارات وقدرات إما على مستوى مكافئ أو أعلى من عمرهم الزمني[2] Chronological age. ومن الطبيعي أن نجد من يعتقد أن هذه المهارات والقدرات يصحبها مستوى مقارب من الفهم. ولكن هذا الاعتقاد غير حقيقي، فالطفل التوحدي يبدو كما لو كان قادرًا على التعلم في غياب الفهم، وذلك إلى الحد الذي تكون فيه المعرفة الظاهرة لديه غير قابلة للاستخدام أو التوسع فيها لتشمل جوانب أخرى كما هو متوقع بالنسبة للطفل العادي، وهنا تجدر بنا الإشارة إلى التشبيه الذي قدمته «لورنا وينج» Lorna Wing لهذه الظاهرة فهي ترى أنها «كالبرج المصنوع من المكعبات في الصحراء» وهذا التشبيه صورة بصرية معبرة عن هذا المعنى، فهو يصف جيدًا الافتقار إلى الوصلات التي تربط بين ما يعرفه

---

١ - تكوين المفاهيم: Concept formation

تنمية المفاهيم، أي الأفكار التي تستند إلى الخصائص المشتركة لمجموعة من الأشياء والأحداث أو الخصائص.. وبعض المفاهيم كالصدق والعلية أكثر تجريدًا، وبعضها الآخر كالتفاحة أو المنضدة أكثر عيانية، ولكنها جميعًا تميل إلى أن تتكون بعمليتين هما التجريد والتعميم. ولقد توصل علماء النفس التربوي أيضًا إلى تحديد أربع عمليات أخرى متضمنة في تكوين المفاهيم هي: التميز، والمثيرات الموجهة في السياق، والتعريف، والتصنيف (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج٢ ، ٦٩٨).

وهناك من يرى أن تكوين المفاهيم هو القدرة على تجريد العموميات المناسبة من هويات منفصلة، أي تجريد نوعي لموضوع أو حدث، وبعدئذ تعميم هذه النوعية على جميع الموضوعات أو الأحداث المشابهة (الأشول، ١٩٨٧ : ٢٠٢).

٢ - العمر الزمني: Chronological Age

العمر منذ الميلاد، وهو العمر الفعلي لفرد معين معبرًا عنه بالسنوات والشهور منذ ولادة الفرد، أو هو عدد السنوات الفعلية التي عاشها الشخص ويطلق عليه أيضًا عمر التقويم Calendar age وعمر الحياة Life age (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج ٢ : ٦٠٧؛ الأشول، ١٩٨٧ : ١٨٠).

الطفل التوحدي أو ما اكتسبه من معرفة، ويفسر الخاصية التناقضية في تعلم هذا الطفل.

وكما سبقت الإشارة، يمكن القول أن الافتراض القائل بأن التصور هو ذلك البرج المصنوع من المكعبات، أو تلك الجزر الصغيرة من القدرات – كما قد نطلق عليها في بعض الأحيان – يعكس المستوى الحقيقي لتوظيف المعرفة لدى الطفل، لهذا، يبدو من المعقول أن نبحث عن وسائل لاستكشاف كل مجالات النمو الأخرى التي يعتقد أن قدرات الطفل الكامنة تقبع ساكنة فيها.

غير أنه من المحزن أن هذا البحث عن الوسائل لا يحدث، والشيء المثير للدهشة هو أن بعض الأفراد من ذوي المستويات المنخفضة جدًا من الأداء يمكن أن يملكوا مهارات وقدرات عقلية ليست عادية وحسب، وإنما قد ترقى إلى مستوى الموهبة، وقد وصف «دارولد تريفيرت» Darold Treffert في كتابه «أناس فوق العاديين» Extraordinary people أفرادًا – برغم إعاقتهم العقلية الشديدة – يمكنهم أن يقوموا بأعمال تدل على براعة عقلية فائقة بشكل مدهش وغير قابل للتفسير، ويتحدى أي اعتقاد أو تصور، وقد تكون زملة النابغة[1] Savant syndrome التي

---

١ – زملة «سافانت» Idiot Savant; Savant syndeome: زملة النابغة، عرض النابغة، المعتوه النابغ... فرد منخفض الذكاء بصفة عامة، لكنه يتميز بقدرة غير عادية في مجال معين، وقد يصدق هذا الوصف على الفرد المتخلف عقليًا بدرجة شديدة، حيث يمكنه جمع أعداد في ذاكرته، أو إجادة الرسم والزخرفة أو العرف على آلة موسيقية بمهارة عظيمة. ويعتبر مصطلح «زملة أعراض النابغ» Savant syndrome أكثر قبولاً الآن لدى المتخصصين (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٢٣٢).

وهناك من يعرف المعتوه النابغ Idiot Savant بأنه الفرد المتخلف عقليًا، الذي يمتلك قدرة مميزة، ونامية بقدر عال أو موهبة في أحد المجالات مثل الحساب أو الموسيقى أو خوارق الذاكرة وأمثال هؤلاء الأفراد نادرون ويجدون بين ممن يعانون من التخلف المعتدل أو المتوسط . وقد يقومون بعمليات حسابية فلكية (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤، ١٦٦٦).

وصفها حالة نادرة جدًا، ولكن التعرف على هذه الحالة يمكن أن يعطي آباء الأطفال التوحديين أصحاب «جزر القدرات» أي جزر من القدرة العقلية على تصور الإمكانات التي قد تبرز لدى أبنائهم في المستقبل.

إن من الأساليب المنهجية المتعارف عليها بين العاملين والمتخصصين في مجال الأطفال التوحديين، أن تقدير النمو المفاهيمي لدى الأطفال ذوي الملامح التوحدية يتضمن بشكل أساسي وجوهري أو في مستواه القاعدي، تجانس الألوان، والأشكال والأشياء وهذه المهام تتطلب الحد الأدنى من الفهم، ولكن عندما يزيد مستوى تعقد هذه المهام ليصل إلى مهارات الفرز والتصنيف، عادة ما يبدأ الأطفال التوحديون في مواجهة صعوبات في الأداء. وحتى عندما يكون ذكاؤهم مناسبًا، ولديهم حصيلة لغوية ملائمة ويعرفون الحقائق المطلوبة، فإنهم يفشلون في إدراك ما هو واضح، ومن أمثلة ذلك، ما لاحظه بعض الباحثين على مجموعة مكونة من ثلاثة أطفال توحديين يتميزون بالطلاقة اللفظية والذكاء أنهم لم يستطعوا إدراك الصلة بين المشروبات الباردة واستخدام الثلاجة، وعلى الرغم من أنهم كانوا على ألفة بالثلاجات، سواء في المنزل أو في المدرسة، فقد عجزوا تمامًا عن الإجابة الصحيحة عن السؤال التالي: أين نحتفظ بهذه المشروبات كي تظل باردة ومنعشة؟

ومما تجدر الإشارة إليه أنه من المهم أيضًا أن نتأكد مما إذا كان الطفل قد طور فهمًا خاصًا به عن الأحجام – على سبيل المثال – الكبير والصغير، الطويل والقصير، البدين والنحيف. وهل يستطيع الطفل تقدير أوجه الشبه والاختلاف؟ وهل يدرك

في حين يطلق عليه «الأشول، ١٩٨٧: ٤٧٠» الأبلة النابغ ويصف به شخص ذو مستوى ذكاء منخفض بصورة عامة، إلا أنه يمتلك قدرة غير عادية في جانب من الجوانب فقد يكون هذا الشخص متخلفًا عقليًا بصورة حادة، ويستطيع في نفس الوقت أن يجمع سلسلة من الأرقام الطويلة، أو يستطيع أن يعزف على آلة موسيقية بمهارة فائقة، وعادة ما يستبدل هذا المصطلح بمصطلح Savant syndrome أي عرض النابغ.

الفروق الكمية مثل أكبر وأقل، كبير وأكبر والأكبر؟ وهل يفهم وضعه ووضع الأشياء في أماكنها مثل: داخل – على – تحت، وفي مرحلة تالية: بالقرب من – خلف – أمام – يمين أو يسار؟ إلخ هذه التساؤلات المتعلقة بمفاهيم ذات أهمية عملية في حياة الطفل عامة والطفل التوحدي خاصة.

إن المحصلة النهائية لنمو فهم الطفل للعالم من حوله يمكن تقديره من خلال اتفاقها مع الروح العامة للمجتمع. لكن الأطفال التوحديين يفتقرون إلى هذه القدرة، حتى ولو كانوا على قدر ملائم من الكفاءة الفعلية، فهم يظلون سذجًا وغير عارفين وأكثر عرضة للخطر برغم حصولهم على عناية واهتمام وتدعيم وتعليم مناسب لحالاتهم خلال سنوات تعليمهم وتربيتهم.

المجال السابع: قدرات التتابع والإيقاعية:

Sequencing and Rhythmic Capabilities

إن القدرة على فهم مرور الوقت وتتابع الأحداث تعد مهارة لها دلالاتها وتضميناتها، ومرة ثانية، سوف نجد أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة من الناحية العقلية يمكنهم أن يتعلموا كيف يرتبوا الألوان والأشكال بشكل منظم، ولكنهم لا يستطيعون استخدام هذه القدرة ليرتبوا مجموعة من الصور بشكل متتابع ليكون قصة ذات معنى، خاصة إذا كانت هذه القصة تتضمن تلميحات إلى حالات مزاجية معينة، وقد يستطيع الطفل التوحدي – إذا عرض عليه التركيب الصحيح – أن يعيد ترتيب الصور ترتيبًا صحيحًا حتى أنه قد يصدر تعليقات مناسبة في أثناء القيام بهذه المهمة. لكن يجب التعامل مع نجاحه هنا بقدر من التحفظ لأن هذا النجاح يمكن أن يعزي إلى عمل الذاكرة من إعزائه إلى الفهم الحقيقي. والتعليقات التي يصدرها الطفل التوحدي يمكن ببساطة أن تكون مجرد صدى لما يكون قد سمعه أثناء عرض الترتيب الصحيح عليه.

وأخيرًا يمكن أن نشير إلى أن العديد من الأطفال التوحديين بمقدورهم أن يتعلموا تقدير مرور الوقت، وأنه ينخفض قلقهم كلما حققوا قدرًا أكبر من الفهم وكلما أصبح في إمكانهم التنبؤ بما يمكن أن تأتي به الحياة بشكل عام، وهم يستطيعون تذكر الأحداث الماضية والتطلع إلى المستقبل، وإن كان ذلك يتم على مستوى بسيط للغاية. ويمكن أن يحدث هذا الفهم الذي حققوه أثرًا إيجابيًا على تحكمهم في ذاتهم مع تعلم الطفل توقع عدم الحصول على الإشباع بشكل مباشر، وبرغم ذلك يحصل الطفل على متعة من مجرد قدرته على التوقع.

أما الوعي والاستمتاع بالإيقاع والموسيقى فهو أمر شائع بين جموع الأطفال التوحديين، وعادة ما يظهر الطفل التوحدي قدرات موسيقية جيدة. وقد يكون العلاج بالموسيقى[1] Music therapy مكانة هامة ومفيدة في تعليم وتربية التوحديين، خاصة عند غياب اللغة المنطوقة Spoken language، فالطفل يتشجع للتفاعل وللمبادرة بالتفاعل بالموسيقى مع المعالج. إلا أنه يجب عدم الاعتقاد بأن العلاج بالموسيقى هو الدواء السحري لجميع الاضطرابات وبرغم هذا فبإمكانه ألا

١ - العلاج بالموسيقى Music Therapy

استخدام الموسيقى كعلاج إضافي للعلاج الطب النفسي والتأهيل، وبرنامج العلاج بالموسيقى بالمستشفى يتم تحت توجيه معالج متخصص ومتدرب على هذا النوع ويوفر تنوعًا من خبرات الاستماع والمشاركة تلائم حاجات المرضى، وتمثل هذه الخبرات فرصة الاتصال غير اللفظي والخبرة المشتركة والتعبير الانفعالي والارتخاء والاستمتاع الذي يخلو من التهديد. ويسمى هذا النوع من العلاج بعلاج الموسيقى Musical Therapy (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥، ٢٣٠٥ - ٢٣٠٦).

وهناك من يرى أن العلاج بالموسيقى «MT» هو استخدام الموسيقى كوسيلة علاجية للتعامل مع أنماط متنوعة من المعاقين من الأطفال والراشدين، وأنها بمثابة وسيلة تدخلية علاجية باستخدام الموسيقى (الأشول، ١٩٨٧ : ٦٢٢).

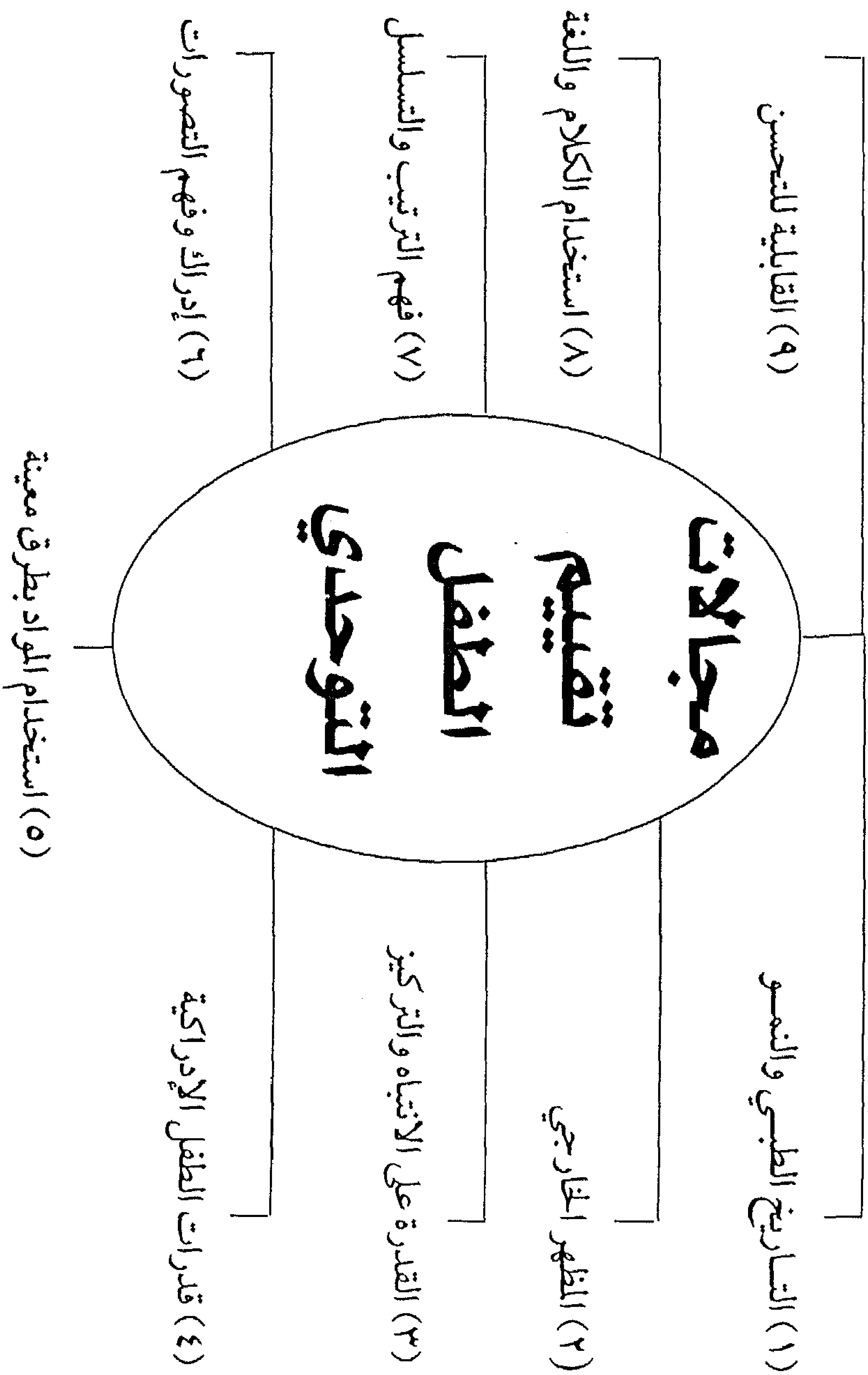
وهناك من يرى أن العلاج بالموسيقى يعني استخدام الموسيقى استخدامًا عمليًا لتحقيق أهداف علاجية، ويعني كذلك قيام أخصائي العلاج الطبيعي باستخدام الموسيقى لأحداث تغييرات مرغوبة في سلوك الفرد (الشخص والدماطي، ١٩٩٢ : ٣٠٣).

يقدم المتعة فقط، وإنما بإمكانه أيضًا أن يقدم بدايات للحوار الذي قد يتسارع بمعدلات نمو الطفل.

وفي هذا الصدد، يذكر «كوهين وبولتون» (٢٠٠٠ : ١٤٣ – ١٤٤) أن العلاج بالموسيقى تستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال التوحديين، وتكون نتائجه جيدة، فقد ثبت – على سبيل المثال – أن العلاج بالموسيقى يساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turn – taking؛ وهي مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية، فضلاً عن ذلك فإن العلاج بالموسيقى يفيد في الكشف عن القدرات الموسيقية الكامنة لدى الأطفال التوحديين؛ والتي يمكن أن تكون قدرات متميزة لدى بعضهم، إذ يتمكن بعض الأطفال التوحديين من إظهار مهارات موسيقية غير عادية، دون أن يكونوا قد تلقوا تدريبًا على ذلك. إذ يتمكن بعضهم من إجادة عزف الألحان حتى وإن لم يكونوا قد استمعوا لها إلا لمرة واحدة. ولابد من التنويه إلى أن مثل هذه القدرة الإبداعية لا تظهر إلا عند أقل من (٥ ٪) من الأطفال التوحديين، أما بقية الأطفال التوحديين فبالإمكان تطوير مهاراتهم الموسيقية من خلال التدريب.

ومما يجدر ذكره هنا أن العلاج بالموسيقى كذلك يمكن اعتباره أسلوبًا مفيدًا وله آثارًا إيجابية في تهدئة الأطفال التوحديين. وقد أثبتت نتائج الدراسات والبحوث أن ترديد المقاطع الغنائية – على سبيل المثال – أسهل للفهم من الكلام لدى الأطفال التوحديين، وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل. ومن الأمثلة على ذلك أسلوب العلاج التواصلي بمساعدة الموسيقى، وهو أسلوب قام بتطويره كل من «دون ومبرى وفيل كريستي» Down Wimpory and Phil Chrustie




مجالات تقييم الطفل التوحدي
(١) التاريخ الطبي والنمو
(٢) المظهر الخارجي
(٣) القدرة على الانتباه والتركيز
(٤) قدرات الطفل الإدراكية
(٥) استخدام المواد بطرق معينة
(٦) إدراك وفهم التصورات
(٧) فهم الترتيب والتسلسل
(٨) استخدام الكلام واللغة
(٩) القابلية للتحسن

الفصل الخامس

نمو التواصل لدى الأطفال التوحديين

- مقدمة.
- فحص عملية التواصل لدى الطفل التوحدي.
- الفروق بين المستويات المرتفعة من التوحد، واضطراب اللغة.
- هل العلاج النفسي للغة والكلام يعاون الطفل التوحدي.

الفصل الخامس

الكلام واللغة

نمو التواصل لدى الأطفال التوحديين

Speech and language

Communication development in autistic children

مقدمة

بادئ ذي بدء يتعين القول بأن هناك خصائص وسمات معينة تتعلق بنمو القدرة اللغوية والقدرة على الكلام ينفرد بها الأطفال التوحديين.

فأولاً هناك تأخر ملحوظ في اكتساب القدرات العقلية لدى هذه الفئة (ويجب أن يتم وضع هذا التأخر في الاعتبار في علاقته بالمستوى العام لنمو الطفل). وفي هذه النقطة تقرر «أوتا فريث» Uta Frith في كتابها «في التوحد» محاولة لتفسير اللغز In Autism: Explaining the Enigma إلى أن التأخر في اكتساب اللغة قد يشير إلى وجود اضطراب أساسي فيها؛ وقد لا يشير إلى وجود مثل هذا الاضطراب. ومعروف أن الأطفال العاديين يكتسبون اللغة بسبب رغبتهم القوية والفطرية في التواصل مع الآخرين. ويترتب على ذلك أنه إذا انخفضت دافعية الأطفال للتواصل مع الآخرين – كما هو الحل عند الأطفال – فإن ذلك سيكون عاملاً مسهمًا في تأخر هذا الاكتساب لكل من الكلام واللغة. وغالبًا ما يكون ذلك هو السبب في تشخيص بعض هؤلاء الأطفال فيما بعد على أنهم أطفال توحديين، وقد يكون هو أيضًا السبب في تفضيل اللجوء أولاً إلى معالجين نفسيين متخصصين في اللغة والكلام، وهم في حقيقة الأمر المهنيون الأوائل الذين يتعين على الآباء والأمهات البدء بإشراكهم في تشخيص حالة أطفالهم.

ومما يذكر أن الآباء والأمهات يميلونه إلى تقرير أن أطفالهم في نهاية السنة الأولى من العمر يبدءون في اكتساب القدرة على الكلام، غير أنهم بعد ذلك يقررون أيضًا أن أطفالهم يبدون وكأنهم يفقدون هذه القدرة.

وعندما تظهر هذه القدرة على الكلام في وقت لاحق يكون لدى الأطفال التوحديين نمط من الانحراف يختلف عن الانحراف الذي يظهر لدى الأطفال ذوى الصعوبات اللغوية ذات النوعية الخاصة، وتتركز هذه المشكلات – بشكل جوهري وأساسي – حول استخدام اللغة. والطفل قد يكتسب بعض التركيبات «الأبنية» اللغوية الكافية لتواصله مع الآخرين كما أنه قد ينجح بالفعل ولو بصورة نسبية في عمليات التقويم اللغوية المنسوبة إلى معيار ولكنه قد يخفق في الانخراط بنجاح في تواصل فعَّال مع الآخرين.

فحص عملية التواصل لدى الطفل التوحدي:

ومن هنا يتعين الآن علينا أن نبدأ بصورة عملية في فحص «القصد التواصلي» Communicative intent وسوف نستخدم نوعًا بسيطًا من التقييم يسمى «الصورة البيانية العملية» «A Pragmatic Profile» (Dewart and Summers ١٩٨٨ ديوارت وسمرز، ١٩٨٨) وهو يهدف إلى تكوين صورة عن الكيفية التي يحاول بها الطفل الصغير استخدام اللغة في التعبير عن حاجاته واهتماماته، وتكوين صورة أخرى عن مدى فاعلية هذه الاستراتيجيات – في ضوء العمر الزمني والقدرات العقلية – حين يستخدمها من هم في سنه ومستوى قدراته.

ويتعين أن يتم تقييم هذا البروفيل في علاقته بمستوى النمو العام للطفل. ومما يذكر أنه ليس من المستغرب أن توصف مشكلات الأطفال التوحديين في اللغة والكلام بأنها اضطراب في قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ semantic Pragmatic disorder، وقد أثارت هذه التسمية بعض الجدل حين ظهرت لأول

مرة. فالأفراد ذوو الخبرة المحدودة (أو الذين ليست لديهم خبرة على الإطلاق عن التوحد وبصفة خاصة النمط المعتدل من هذا الاضطراب حيث قد توجد بعض الملامح الكلاسيكية «التقليدية»، نقول ربما ينظر هؤلاء الأفراد إلى الخصائص اللغوية اللفظية لدى الأطفال التوحديين على أنها اضطراب منفصل (أو اضطراب قائم بذاته).

وفي رأينا أن التركيز على اللغة وعلى الملامح اللغوية فحسب لدى هذه الفئة من الأطفال ودون مراعاة لصياغة الطفل تعتبر غير ملائمة أو مفرطة في التبسيط كما أنه من الأمور الأساسية أو الهامة في دراستنا للأطفال التوحديين أن نعرف التاريخ النمائي لكل طفل، وتقييم اهتماماته، وأسلوب لعبه، وعلاقاته ... الخ، وذلك يكون ضروريًا جدًا في حالة ما إذا أردنا فهم طبيعة هذه الصعوبات حق الفهم. وبتعبير آخر، يجب تحديد شكل اضطراب التوحد سواء كان وجوده بدرجة متوسطة أو هينة، وفي هذه الحالة ستكون دراسة الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأطفال دراسات ذات معنى، ومن ناحية أخرى أدى تصور النموذج الطبي عن هذا الاضطراب إلى وجود حالة من التشوش الذهني بين المعالجين النفسيين لاضطرابات اللغة والكلام والمتخصصين الآخرين في هذا المجال مما أدى إلى الحيلولة دون معرفة الأسباب المرضية المؤدية إلى هذا الشكل من أشكال الاضطراب. وهذا الإلمام بالأسباب يعد بلا شك أمرًا أساسيًا في سبيل تحقق نتائج طيبة، ويمكن إيقاف هذا الجدل أو حل هذه المشكلة بأن تحل كلمة اضطراب محل كلمة «صعوبات» وهذا بدوره سوف يشجع الأخصائيون الكلينيكيون على استخدام هذا المصطلح بصورة وصفية أكثر من استخدامه بصورة تشخيصية، والقائمة التالية يمكن أن تلقى مزيدًا من الضوء على أوجه الانحراف في استخدام اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين.

(١) لا ينتبه الطفل التوحدي للصوت الإنساني بالرغم من قدرته الطبيعية على السمع، ولكنه قد يعي الأصوات التي تستهويه وتشد انتباهه وقد تكون هذه الأصوات كصوت الضوضاء التي تصدر عن «السمكري» أو ما يرتبط بالغذاء مثل فتح علبة بسكويت.

(٢) ضعف القدرة على الفهم أو غياب هذه القدرة تمامًا، فالطفل التوحدي يبدي اهتمامًا ضئيلاً بعملية التواصل مع الآخرين باستثناء ما قد يتفق مع حاجاته الخاصة أو اهتماماته الفطرية Idiosyncratic interests وغالبًا ما ينفي الطفل التوحدي هذا الضعف في الفهم بنوع من الكلام المعبر بطلاقة مصطنعة (ويتم ذلك بصورة زائفة) (اقرأ رقم ١١ في هذه القائمة).

(٣) قد توجد (وقد لا توجد) محاولة من قبل الطفل التوحدي لإعطاء رسالة بالعين أو بالإيماء أو التمثيل وتتضمن هذه المحاولات الإشارة إلى الأشياء التي تستهويه أو تدخل في دائرة اهتمامه.

(٤) لا يهتم الطفل بجذب اهتمام (انتباه) الكبار ليشاركوه اهتماماته وهذا يمكن ملاحظته عند الأطفال العاديين (الأسوياء) قبل نهاية العام الأول.

(٥) قد يستطيع الطفل التوحدي اكتساب الكثير من الكلمات لتسمية الأشياء، وهو ما يعني نجاحه في تسمية الأشياء التي يتعامل معها يوميًا.

(٦) يشيع الترديد[١] الفوري اللاإرادي للكلام، حيث يكرر الطفل التوحدي تقريبًا كل أو جزء مما يقال له.

[١] - الترديد، المصاداة Echolalia

(٧) يمكن أن يتعلم الطفل التوحدي بصورة أو بأخرى بعض الجمل أو العبارات لدرجة أنه يمكنه تعلم بعض التراكيب اللغوية المعقدة، كما أنه في أغلب الأحيان يستطيع استرجاع هذه التراكيب واستخدامها في سياقها المناسب، فعلى سبيل المثال استطاع أحد الأطفال التوحديين الأذكياء Bright Autistic Child أن ينهر (يزجر) أحد الأطفال الفوضويين في مجموعته في سياق تعليمه الوحدات اللغوية مستخدمًا نفس كلمات المعلم بالضبط قائلاً: «سوف أخرجك من الحجرة إذا لم تستطع أن تبقى ساكنًا وتنصت».

(٨) غالبًا ما يستطيع الطفل التوحدي الاحتفاظ بالأصوات الصادرة من التليفزيون وتكرارها كما في ترديد الأغاني والإيقاعات التي يتم سماعها في الحضانة (روضة الطفل).

(٩) تشكل الأسئلة صعوبة للطفل التوحدي بشكل خاص حيث يفشل في التعرف عليها أثناء المحادثة، إلا أنه قد يجيب عليها إذا ما تم التلميح له بالإجابة، حيث تقوم هذه التلميحات بوظيفة المنبهات أو المثيرات مما يؤدي إلى ظهور بعض الاستجابات المناسبة، أو تداعي بعض المعاني أو الخواطر أو الأفكار.

تكرار آلي للكلمات والجمل المنطوقة من جانب شخص آخر. وهذا السلوك هو عرض عند الفصاميين التخشبيين، وعند بعض مرضى اضطراب توريتي Tourette,s disorder، ومرض بيك Pick.s Didease، ومرض الزايمر Alzeheimer,s Disease والتصلب المنتشر Diffuse Sclerosis ويسمى أيضًا صدى العبارات Echophrasia أو صدى الحديث Echo -Speech (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٠، ج ٣، ١٠٦٤).

وترجمها البعض بـ «المصاداة» ويقصد بها حالة كلامية تتميز بالترديد القسري اللاإرادي لما يقوله الآخرون من كلمات أو مقاطع أو أصوات تبدو كأنها صدى لهم. وهي تعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشديد (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ١٥٥)

(١٠) غالبًا ما تكون هناك صعوبة خاصة لدى الطفل التوحدي في استخدام أجزاء الكلام التي يتغير معناها الضمائر «أنا» «أنت» على سبيل المثال، ويحدث ذلك عند استخدام حروف الجر «في» و«على» و«أسفل» وبجوار... الخ، فمثل هذه الأجزاء يمكن فهمها في موقف محدد لكنه لا يمكنه التحكم فيها في سياق لغوي متنوع.

(١١) يستطيع الطفل التوحدي – الذي يستطيع الكلام – التحدث بصورة تفوق استيعابه وفهمه للكلام، فقد يغلف هذا الاستيعاب الضعيف أو هذا الفهم المتدني بنوع من الاستجابات التي تبدو مناسبة فعبارة مثل «لا أستطيع أن أتذكر» قد تعني في الواقع «أنا لم أفهم ما ذكرته»، وقد يبدي بعض الأطفال التوحديين نوعًا من القلق وأحيانًا الذعر بدرجة كبيرة وذلك عندما يتم التحدث إليهم بأسلوب لا يفهمونه مباشرة أو لا يدركون المراد منه، أو بتعبير آخر إذا كان ما يسمعونه لا يتلاءم مع حصيلتهم السابقة مما يفهمونه فإنهم يصبحون في حيرة لدرجة أنهم لا يعرفون ما هو متوقع منهم، ومن هنا ينتابهم القلق والذعر.

(١٢) أما مهارات التواصل الفعال فهي ضعيفة جدًا لديهم وهذا معناه أن الأطفال التوحديين لا يستطيعون المشاركة في أي محادثة بصورة طبيعية.

(١٣) وأما مهارات القيام بواجبات الدور والاستراتيجيات المصاحبة لذلك كالإيماءات واستخدام لغة الجسم[1] بشكل ملائم فهي قليلة أو قل غير موجودة على الإطلاق.

---

[1] – لغة الجسم Body Language

التعبير عن المشاعر اللاشعورية والدفعات والصراعات من خلال أعضاء الجسم كما في الأعراض التحولية، أو من خلال وضع الجسم أو الإشارات والإيماءات أو التعبيرات الوجهية والصور

(١٤) قلما يشكو الأطفال التوحديين من مشكلات خاصة تتعلق بوضوح الكلام ولكن درجة الصوت ونغمته ربما تكون معيبة.

(١٥) غالبًا ما يتحدث الطفل التوحدي إلى الناس عن اهتماماته الخاصة به والتي قد تتراوح بين الحديث عن الوحوش أو الحيوانات غريبة الشكل إلى الحديث عن جداول القطارات، وهو بذلك لا يضع المستمع في حسبانه.

(١٦) يكون فهم الطفل التوحدي فهمًا حرفيًا وآية ذلك أنه يخفق في التقاط المدلولات أو المعلومات التي تقدم له بصورة غير مباشرة.

(١٧) ويمكن أن نضرب مثلاً لذلك، حين يسأل المعلم احد الأطفال التوحديين عما كان يستطيع أن يجد الكوب الذي يتناول فيه اللبن في الصباح الباكر فيجد أن الطفل ينظر إلى المكان المناسب ويجيب بـ «نعم» (بمعنى أنه يستطيع التعرف على المكان» ولكنه لا يحاول أن يأخذ زجاجة اللبن كما هو متوقع.

(١٨) يعتبر استخدام الطفل التوحدي للغة استخدامًا محسوسًا Concrete (على المستوى العياني) هو في ذلك يبدي القليل من المرونة.

(١٩) من المرجح بالنسبة للطفل التوحدي أن تنحصر روح الدعابة لديه – إذا وجدت – في التهريج أو اللعب اللفظي أو اللعب بالكلمات.

والمتتبع لما جاء في هذه القائمة يستطيع أن يتبين أن أهم ما يميز اللغة عند الأطفال التوحديين هو أنها تعكس النقائص وأوجه القصور المعرفية والعيوب الاجتماعية التي سبق وصفها بالتفصيل آنفًا. صحيح أن الأطفال غير التوحديين الذين يعانون من اضطراب لغوية محددة يظهرون بعض الصعوبات فيما يتعلق

الأخرى، من الاتصال غير اللفظي. وفي العلاج النفسي يعتبر أحد الأهداف الرئيسية هو ترجمة وتفسير لغة الجسم. ويستخدم مصطلح لغة الجسم بالتبادل مع مصطلح لغة الأعضاء. (جابر عبد الحميد وعلا كفافي، ١٩٨٩، ج ٢، ٤٤٩)

بالقدرة على الفهم بالإضافة إلى القدرة على التعبير اللغوي، ولكن على الرغم من كونهم غير ناضجين إلا أن نموهم الاجتماعي لا يكون منحرفًا بشدة عن الدرجة الطبيعية، إذ من المرجح أن يجد هؤلاء الأطفال وسائل بديلة للتعبير عن أنفسهم، كما يكونون قادرين على إغراء الآخرين بالمشاركة في الحديث فقط بغرض جذب الانتباه، كذلك يمكنهم المشاركة في الاهتمامات المتنوعة، ولتوضيح الفروق بين المستوى المرتفع من اضطراب التوحد (أو ما يسمى باضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالات الألفاظ)[1] Semantic Pragmatic Disorder والاضطراب أو التأخر اللغوي الحقيقي فقد استعنا برسم بياني يسهل الرجوع إليه، وتجد الإشارة إلى أنه غالبًا ما يكون وصف الاضطراب العملي لمعاني المفاهيم في الأدبيات السيكولوجية مشوشًا ومتناقضًا، وغالبًا ما يظهر أن المؤلفين يكونون أكثر ألفة بما جاء في أدبيات البحث عنه مع المصطلحات الطويلة المتصلة بالأطفال حاليًا، كما يظهر اهتمامهم بتعريف الحدود بين الاضطرابات وذلك من أجل الأغراض البحثية وهذا يبدو واضحًا في منحى النموذج الطبي).

وقد أوصى «بيشوب» Bishop (١٩٨٩) باستخدام مصطلح الاضطراب في قواعد استخدام اللغة ودلالات الألفاظ وذلك فيما يتعلق بالأطفال غير التوحديين الذين يظهر عندهم نوع من التأخر اللغوي بصورة مبدئية أو الذين يوجد لديهم قصورًا في القدرة على الاستقبال اللغوي أو هؤلاء الذين يتعلمون التحدث بوضوح أو يتعلمون استخدام الجمل معقدة التركيب، مع وجود أشكال غير سوية في

---

١ - قواعد استخدام اللغة: Pragmatics

مصطلح يستخدم للإشارة إلى القواعد التي تضبط عملية استخدام اللغة لتحقيق أهداف تختلف باختلاف الموقف بما في ذلك الهدف التواصلي للمتحدث، كالأخبار أو الإقناع بشيء ما، أو التسلية، أو الضبط والسيطرة. كما يتضمن معرفة الطفل بكيفية استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية، وكذلك استخدامها في التواصل مع الآخرين (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٣٥٦).

الاستخدام العملي وفي معاني المفاهيم يصبح من الواضح لديهم تزايد درجة الكفاءة اللفظية نظرًا لنموهم الزمني وزيادة أعمارهم، ومع هذا تظل أنماط القصور اللغوي لديهم أكثر وضوحًا وتميزًا.

وقد قام بعض المعالجين النفسيين لأمراض اللغة والكلام باستخدام هذا المصطلح في علاقته بالصعوبات اللغوية التي لا تتفق مع نموذج الانحراف الذي وصفه «بيشوب» وقد أدى ذلك إلى زيادة الخلط بين المفاهيم، وربما يكون قد أدى إلى الاهتمام الزائد عن الحد بالمصطلح بصورة أكبر من الاهتمام بالاجتهادات الكلينيكية. وبالرغم من أن «بيشوب» قد أمدنا بنظرة شاملة عن الجدل الدائر حول اضطراب التوحد وعملية الاضطراب في معاني المفاهيم إلا أن النتائج التي توصل إليها تبدو وكأنها توصي بأننا يجب أن نتمسك بالمعايير التشخيصية المتعارف عليها عن اضطراب التوحد، ويفترض أن هذه نقطة تحسب لصالح مدخل «هل هذا الطفل توحديًا أم لا؟ ولا يتفق المدخل بطبيعة الحال مع ما افترضه «كانر»[1] Kannar منذ خمسين عامًا.

ويتعارض هذا المدخل من التطورات الحادثة في البحوث الحالية في مجال اضطراب التوحد حيث يكون التعرف على كل جوانب القصور لدى الطفل من الأمور الضرورية ويتم ذلك في العديد من المواقف بالإضافة إلى التاريخ النمائي للطفل، ويحدث كل ذلك في مرحلة التشخيص، ومن ناحية أخرى ينظر إلى تجاهل هذه التطورات لإعطاء المصداقية على وجود اضطرابات لغوية منفصلة على أنها

---

[1] - ليو كانر Kannar, Leo

طبيب نفسي أمريكي متخصص في الأطفال، ولد في المجر عام ١٨٩٤، وهو مؤلف كتاب طب نفس الطفل عام ١٩٣٥ (Child psychiatry) وهو أول كتاب في الموضوع باللغة الانجليزية، ولقد اشتهر «كانر» بدراساته في الاجترارية الطفلية Infantile Autism وهو يميز بينها وبين فصام الطفولة. وتسمى هذه الاجترارية مرض كانر، وزملة كانر (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤: ١٨٦٧).

طريقة مشكوكًا فيها عند توضيح القضايا المتعلقة بالفروق الفارقة بين الاضطرابين. والسؤال الذي يمكن طرحه في هذا السياق هو:

ماذا يعني «بيشوب» بالأطفال التوحديين؟، ذلك أنه من الأمور المؤكدة أن هؤلاء الأطفال قد لا يتم تصنيفهم على أنهم توحديين، ولكن إذا ما نظرنا إلى الأطفال الذين يظهر لديهم قصورًا في التواصل مع الآخرين على أن ذلك مجرد نوع من الاضطراب اللغوي فإن ذلك أيضًا يعتبر نوعًا من الإفراط في تبسيط الأمور أي (التبسيط الزائد عن الحد).

ومن ناحية أخرى يتعين القول أنه إذا لم ينظر إلى الخصائص اللغوية على أنها مجرد قمة الجبل الجليدي فإننا لن نتمكن من معرفة الصعوبات الحقيقية الأساسية التي تواجه الطفل، ولن يكون التركيز العلاجي المصاحب المنصب على الجوانب اللغوية عاملاً مساعدًا أو مناسبًا، ونحن لا نستطيع أن نجزم بدرجة كافية أن الأطفال الذين يظهر لديهم هذا النمط من النمو اللغوي يعانون من القصور المعرفي الأساسي الذي يمثل نفس القصور الذي ذكرته «فريث» Frith عن التوحد، ويعتبر التناقض الظاهر عند هؤلاء الباحثين عن هذه الفئة من الأطفال أمرًا معقولاً إذا فهمنا ما يعنيه كل منهم بـ النمط التوحدي».

ومن ناحية أخرى يمكن القول أنه بالإضافة إلى ذلك فإننا لا نستطيع أن نتفق مع وجهة نظر «بيشوب» القائلة بأن عملية التوسع في استخدام المصطلحات (عند النظر إلى اضطراب التوحد في سياق أكثر اتساعًا وشمولاً) لابد وأن يكون سببًا في زيادة سوء الفهم وليس في زيادة الإيضاح، ولكن الذي نستطيع قوله أن العكس هو الصحيح، ذلك أنه كلما إزداد إطلاق التسميات والاضطرابات التي تقدمها كلما إزداد الجدل حول تصنيف هؤلاء الأطفال، ومن هنا يمكن القول أن مصطلح اضطراب التوحد الذي يتم استخدامه على نطاق واسع هو السبب في أن الدراسات

والبحوث في هذا الصدد قد أوضحت أن لب القصور الملازم للاضطراب يعد أمرًا منتشرًا على نطاق أوسع بكثير ولذلك فمن المعقول أن نفهم المصطلح في ضوء هـذه الحقيقة.

الفروق بين المستويات المرتفعة من التوحد واضطراب اللغة:

الجدول التالي يوضح الفروق بين المستويات المرتفعة من التوحد واضطراب اللغة:

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
١. هناك تأخر في اكتساب اللغة مع استمرار في نواحي القصور اللغوي.	١. تكسب اللغة والقدرة على الكلام في سن الخامسة ولكنها تتأخر في حالة الأطفال التوحديين.
٢. تتزايد الصعوبات الخاصة بالقدرة على التعبير عن الصعوبات الخاصة بالفهم.	٢. لا يخضع اكتساب اللغة إلى القواعد اللغوية ولكنه يخضع لأنماط الترديد اللاإرادي للكلام (المصاداة).
٣. من المرجح أن يظهر على الطفل بعض عناصر الصعوبة أو ما يسمى اضطراب التآزر الحركي[1] Dyspracia أو قد يصاب الطفل بصعوبات في النطق.	٣. صعوبات النطق أقل شيوعًا في حالة الأطفال التوحديين.
٤. من المرجح إذا ظهر الترديد	٤. تتسع وتزداد أنماط الترديد

---

١ - اضطراب التآزر الحركي: Dyspraxia

هو كف القدرة على تنسيق حركات الجسم، وبخاصة ما يتصل منها بعملية الكلام (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ١٥٢) وهناك من يطلق عليها عسر التآزر الحركي ويعني بها القدرة المتضررة على أداء الحركات الماهرة والمتآزرة. وينسب هذا العسر عادة إلى عيوب مخية وليس إلى عيوب عضلية (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣، ١٠٥٢).

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
اللاإرادي للكلام (المصاداة) أن يكون بنسبة بسيطة ويتلاشى بمرور الوقت.	اللاإرادي للكلام بالتدريج أو ما يسمى (إعداد اللقم Chunking)[١] وقد تظهر المهارة في استخدام اللغة المتعلمة والكلام في المواقف المختلفة أو ما يعرف بـ (الدرجة المخففة من الترديد اللاإرادي للكلام).
٥. من المرجح أن يقوم الطفل بمحاولات للحصول على اهتمام	٥. من المرجح أن تكون هناك ذاكرة سمعية[٢] قوية.

---

١ - إعداد اللقم Chunking

لفظ اقترحه جور أ. ميللر G.A. Miller ليعبر عن علمية تنظيم أجزاء صغيرة من المعلومات Bits information وجمعها معًا إدراكيًا ومعرفيًا في قطع أكبر متناسقة Chunks أو في كليات. ويرى ميللر أن الذاكرة قصيرة المدى تسع سبع قطع في المتوسط وقد تزيد أو تنقص قطعتين، أي تسع ما بين ٥، ٩ قطع. ويعتقد أن سعة الذاكرة القصيرة المدى ثابتة من حيث عدد الوحدات التي تستطيع خزنها ولكن هذه الوحدات نفسها يمكن أن تتراوح ما بين القطع الصغيرة كالحروف المفردة أو الأعداد والقطع المعقدة كالكلمات والعبارات. وهكذا فإن الذاكرة القصيرة المدى يمكن أن تسع سبع كلمات بسهولة كسعتها سبعة حروف لأن هذين النمطين من المعلومات قد تم تشفيرهما كوحدات. (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٩، ج ٢، ٦٠٨)

٢ - الذاكرة السمعية Auditory Memory

تذكر المعلومات التي يتم الحصول عليها عن طريق عمليات السمع. والأفراد ذوو التوجه السمعي يميلون إلى فهم الأفكار التي تعرض عليهم صوتيًا بقدرة أكبر من أولئك الذي يعتمدون بدرجة أكبر

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
الآخرين (ومعنى ذلك محاولته المشاركة في الاهتمامات لا مجرد البحث عن جذب الانتباه).	
٦. يكون السلوك غير ناضج بصفة عامة، ولكنه لا يكون غير سوي أو غريب الأطوار.	٦. تكون القدرة على التعبير أسبق من القدرة على الفهم.
٧. من المرجح أن يظهر عند الطفل بروفيل متوازن بخلاف اللغة.	٧. يكون القصور في قدرة الطفل على إجراء المحادثة واضحًا، فالطفل يكون غير قادر على التواصل

في تعلمهم على المثيرات البصرية. والذاكرة السمعية لها أهمية خاصة في التمييز بين النغمات (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي، ١٩٨٨، ج١ : ٣٠٧).

كما يقصد بالذاكرة السمعية القدرة على استدعاء المثيرات السمعية التي سبق سماعها والتي تم عرضها بطريقة لفظية، وتتمثل الذاكرة السمعية في القدرة على استرجاع أسماء الأشياء، والتعليمات، وتهجئة الكلمات، واسترجاع تسلسل الأحداث، وأيام الأسبوع والشهور، والأرقام في تسلسل منتظم (كمال سيسالم، ٢٠٠٢: ٤٦).

وتعتبر الذاكرة السمعية مهمة في التطور اللغة الشفهية الإستقبالية التعبيرية فعلى سبيل المثال قد يكون لدى ذوى صعوبات الذاكرة السمعية Auditory memory disabilities صعوبة في معرفة وتحديد الأصوات التي سبق أن سمعوها، أو عطاء معاني للكلمات أو أسماء الأعداد أو اتباع التعليمات أو التوجيهات. كما أن مشكلات اللغة الشفهية التعبيرية المرتبطة بعجز في الذاكرة السمعية يمكن ملاحظتها أحيانًا لدى الأطفال الذين يكثرون من استخدام الإشارات والإيماءات، التمثيل الصامت والأصوات التي تؤثر في التواصل. وما إلى ذلك.

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد (اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
	الاستجابي (التفاعلي) المستمر.
٨. تكون هناك صعوبات واضحة في إيجاد وترتيب الكلمات كما تكون مهارات الذاكرة السمعية ضعيفة.	٨. من المرجح أن يدور الحديث حول الاهتمامات الشخصية للطفل، وقد تكون الموضوعات التي تحظى باهتمام الطفل غريبة وضيقة المدى.
٩. ترجع الصعوبات في المحادثة إلى مشكلات إيجاد الكلمات وترتيبها ولا ترجع إلى عجز الطفل عن الاستخدام المناسب للغة والذي قد يكون سببه قصور اجتماعي أساسًا.	٩. يكون حديث الطفل التوحدي موجهًا إلى الناس وليس مع الناس حيث لا يظهر الطفل اهتمامًا أو وعيًا بالحالة المزاجية للمستمع.
١٠. ترجع الصعوبات الاجتماعية إلى نقص النضج وليس للانحراف أساسًا.	١٠. غالبًا ما يمكن القيام بتشخيص صعوبات اللغة وكذلك مشكلات الطفل السلوكية، وقد يعتبر الطفل سيء التوافق ولا يدرك أحد ما قد

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
	يعانيه الطفل من القصور الاجتماعي الكامن[1]، وعندما يتضح ذلك فإن صورة الطفل تفهم بشكل أفضل.
١١. من المرجح أن تظهر بعض الصعوبات في القراءة وليس في استدعاء أو تذكر الكلمات، بدون فهم دقيق لمعانيها: Hyperlexia[2]	١١. قد يقام أو قد لا يقام الدليل على أن أعراض التوحد الصريحة الواضحة في تاريخ الطفل النمائي، مع ملاحظة أن ملامح اضطراب التوحد تتراجع كلما زاد عمر الطفل.

---

١ - يستخدم مصطلح القصور الاجتماعي Social impairment لوصف عدم القدرة على الفهم أو الاستجابة المناسبة للفروق البسيطة في مختلف المواقف الاجتماعية وقد لا يعني ذلك بالضرورة الانعزال الاجتماعي التام أو الافتقار التام إلى الاختلاط الاجتماعي.

٢ - زيادة تذكر المفردات مع عدم فهم المادة المقروءة (هايبرليكسيا) Hyperlexia
أي تذكر المفردات بمجرد الاطلاع عليها مع فهم قليل لمعانيها أوبدون فهم معانيها بالمرة (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ٢٢٣). وهناك من يطلق عليها الاستدعاء المبهم أو الاستدعاء العقيم، ويقصد بها استدعاء أو تذكر الكلمات ولكن بدون فهم دقيق لمعانيها (جابر وكفافي، ١٩٩١، ج ٤: ١٦٠٤). ويترجمها «السرطاوي والقريوتي والقارسي (٢٠٠٢ : ١٣١) عدم فهم المادة المقروءة بمعنى أن يبدي الأطفال المصابون بالـ «هايبرليكسيا» بعض الاضطراب في تعلم اللغة ومن بين أعراضها العجز عن البدء في حوار أو مواصلة النقاش في أحد المواقف الاجتماعية. وأنه غالبًا ما يرتبط عدم فهم المادة المقروءة مع الإصابة باضطراب التوحد.

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
١٢. يفتقر لعب الطفل إلى استخدام التخيل، ويكون لعبه غير ناضج.	١٢. يكون التعلم سهلاً ولكن ليس من الضروري فهم أو استخدام ما تم تعلمه.
١٣. قد يتأخر ظهور علامات على التقدم، كما يمكن أن تكون هناك صعوبات خاصة بالحركة الإجمالية للجسم.	١٣. هناك بروفيل متفاوت للمهارات وأوجه القصور الأخرى، كما أن هناك جزر صغيرة من القدرة العقلية.
	١٤.قد يكون هناك استدعاء أو تذكر للكلمات ولكن بدون فهم دقيق لمعانيها Hyperlexic وربما يعاني الطفل من عسر القراءة[1] لكنها

[1] - عسر القراءة: Dyslecia (ديسليكيا)
هو قصور في القدرة على القراءة، أو عجز جزئي عنها، ويرتبط في الغالب باختلال وظيفي للمخ، أو بالتلف المخي البسيط. ويعجز الفرد المصاب بهذه الحالة عن فهم ما يقرأه بوضوح. ويعد مصطلح «صعوبات التعلم» مصطلحًا أكثر عمومية بحيث يعبر عن مشكلات التعلم التي تشمل «عسر القراءة» (الشخص والدماطي، ١٩٩٢: ١٥١).
أو هو اضطراب معتدل أو شديد في القراءة يتكون من ألقدرة المتضررة على فهم الكلمة المكتوبة ينسب إلى الحد الأدنى من اضطراب وظائف المخ إلى الإصابة المخية الشديدة. وتتفاقم الحال غالبًا بالاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي، ولكن المصطلح لا ينطبق على حالات التخلف العقلي. وعسر القراءة لا يرتبط عادة باضطرابات الحديث والرؤية. فالمريض قد يكون قادرًا على قراءة

الاضطراب اللغوي	المستويات المرتفعة من التوحد(اضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ)
	ترتبط بضعف التآزر الحركي العضوي (ويرتبط هذا الضعف فيما بعد بزملة اسبرجر[1]).
	١٥. يكون اللعب محدودًا ولكنه قد يكون انطباعيًا بصورة مبدئية.
	١٦. استخدامات التواصل مع الآخرين بصورة أساسية للتعبير عن الحاجات والاهتمامات الشخصية... الخ.
	١٧. من المرجح أن تكون علامات التقدم العضوى طبيعية كما قد تكون مهارات الحركة الكلية جيدة.

ومما يذكر أنه في الوقت الذي كان يتم فيه تأليف هذا الكتاب، قد ظهرت إحدى التسميات الأخرى ألا وهي «المستوى المرتفع اللغة High Level Language High

---

الأرقام أو الكلمات أو أي مادة أخرى. وهو قد يكون قادرًا على القراءة فقط عندما يتتبع أثر ما يقرأه بأصبعه (جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٠، ج ٣ : ١٤٠٨).

١ - زملة اسبيرجر Asperger,s Syndrome

نسبة إلى الطبيب النمساوي هانز اسبيرجر (١٨٤٤ – ١٩٥٤).

Disorder (HLLD) والذي لا يتطابق فقط مع ما يسمى باضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ، ولكنه أيضًا يصف بصدق صعوبات باضطراب قواعد استخدام اللغة ودلالة الألفاظ، ولكنه أيضًا يصف بصدق صعوبات التواصل بالنسبة للأطفال التوحديين ذوى القدرات الأفضل. ومن هنا يظل العديد من الأطفال التوحديين في صمت، ومن المحتمل أن يكونوا الأقل في توظيف اللغة.

وبصفة عامة إذا لم يكتسب الأطفال التوحديين بعضًا من الكلام المفيد حتى سن الخامسة فإنه من الصعوبة بمكان التعرف على مآل لغتهم.

هل العلاج النفسي للغة والكلام يعاون الطفل التوحدي؟!

يعتقد الكثير من الآباء والأمهات أنه إذا تمكن طفلهم التوحدي من تعلم الكلام فإن كل شيء – حينئذ – سيكون على ما يرام ولكن من المؤسف أن يكون ذلك بعيدًا كل البعد عن الواقع ولذلك فإنه من الضروري بالنسبة إلى معالجي الكلام واللغة أو (أخصائيو التخاطب) ألا يشجعوا مثل هذه التوقعات لدى الآباء، عند إبداء رغبتهم في تقديم المعاونة لهؤلاء الآباء والأمهات.

ومما لا شك فيه أن معالجي أمراض اللغة والكلام وأخصائيي التخاطب قد قاموا بدور مهم في تشخيص اضطراب التوحد ومشكلات التواصل الخاصة بهؤلاء الأطفال الصغار، وذلك لتوجيه الأسرة نحو المؤسسات المناسبة التي من المرجح أن تقدم لهم أكبر قدر من المساعدة، ومن الشائع أن تقودنا قدرة الأطفال التوحديين على تعلم اللغة والكلام في المواقف المختلفة إلى رسم صورة مبالغ فيها عن قدراتهم على التواصل مع الآخرين، ولذلك يمكن القول أن من الأدوار المهمة لمعالجي أمراض اللغة والكلام هو أن يوضحوا هذه القدرات بالنسبة إلى مستوى الفهم الذي قد يكون قاصرًا بدرجة كبيرة عند الطفل التوحدي.

وهناك من يتبنى وجهة النظر القائلة بأنه ليس من الضروري تنفيذ الكثير من التقديرات الشكلية للأطفال التوحديين في حين أنه يمكننا أن نقيم مستوى الفهم عند الطفل من خلال اختبارين أو ثلاثة مما يتيح لنا ملاحظة أي تقدم. ومن أفضل الأساليب التقييمية في هذا الصدد «مقاييس رينل اللغوية النمائية» Reynell Developmental Language Scale والأبنية المعرفية للغة عند «دربي شاير» The Derbyshire Language Scheme (الاختبار المفصل للقدرة على الفهم) Detailed Test of Comprehension بالإضافة إلى استيعاب القواعد النحوية واختبار الصورة المتحركة وقصة السيارة عند «رنفرو» Renfrew,s Action Picture Test and Bus Story .

إن التحليل اللغوي للتعبيرات المنطوقة للطفل التوحدي دون الاهتمام بمستوى الفهم لديه يعتبر بالنسبة لأي معالج نفسي نوعًا من التدريب الأكاديمي الذي ليس له علاقة بالمشكلات العملية من قريب أو بعيد ثم أن الطبيعة الفطرية التي ينفرد بها الأطفال التوحديين عند استخدام اللغة تعتمد على الذاكرة السمعية بصورة أكبر من اعتمادها على الكفاءة اللغوية الحقيقية، ولذلك فإننا يمكن أن نجني فائدة قليلة في نفس وقت فحص المخرجات وذلك قبل وضع التشخيص والتقويم الأساسي لمستوى الفهم في اعتبارنا كما أنه من الواضح أن محادثات الأطفال التوحديين ذوي التوظيف الأفضل للغة قد يكون مؤثر جدًا عند سماعه لأول وهلة، وعلى أية حال فإن من يعرف هؤلاء الأطفال جيدًا سوف يكون واعيًا بالطبيعة التكرارية لما يتم تبادله من أحاديث وحوارات، ومن أن هذه الأحاديث والحوارات يعكس الاهتمامات الخاصة والوساوس[1] الفعلية عند هؤلاء الأطفال.

---

[1] - الوساوس Obsessions

وقد تكون الموضوعات التي يسجلها خبراء اللغة غير مناسبة أو حتى غريبة، كما قد يتسم الكلام هنا بأنه من نوعية غير مثمرة بالرغم من وجود الحقيقة القائلة بأن الطفل يكون قادرًا على تغير ترتيب الكلمات والأزمنة... الخ.

كما يكون قادرًا على الاستخدام الواضح للعديد من ارتفاعات وانخفاضات في طبقة الصوت في الكلام لتكون هي عناصر المحادثة. والحوار التالي يوضح ما نعنيه بهذه النقطة.

مجرد خلفية (الطفل ف):

عبارة عن طفل آسيوي توحدي تعي أسرته درجات ألوان البر بما في ذلك بشرتهم الصفراء وهو يتحدث مع طفل آخر (ج) وهو طفل توحدي وسيم أسود من أصل أفريقي. ومن الواضح أن هناك طفل ثالث هو الطفل (جي) وهو طفل اسكتلندي له شعبية كبيرة في الفصل وهو الذي أثار هذه المحادثة:

الطفل (ف) : من أي جزء في اسكتلندا جاء أولاد عمك يا (ج)؟

الطفل (ج) : (الذي عاد مؤخرًا من الأجازة) مجيبًا: من جاتويك! Gstwick

الطفل (ف) : هل يميل لونك إلى البياض يا (ج)؟

الطفل (ج) : (ناظرًا باهتمام إلى باطن كف يده الشديد السواد) قائلاً: نعم

يرسم محمد شعلان (١٩٧٩: ٩٩ – ١٠٠) الصورة الكلينيكية للشخصية الوسواسية في الطفولة، فيقول: نجد الصفات المميزة لهذه الشخصية في الميل إلى الانطواء والانشغال بالصراع الداخلي الذي يحد من قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته، وهو بالتالي يغير نفسه، ويمنع غرائزه من التعبير المباشر، إذ ينمي في نفسه صفات تساعده على إخفاء هذه الغرائز. فنجد الطفل دقيقًا حريصًا، حي الضمير، يحب النظام والدقة في المواعيد، ويبالغ في النظافة، جاف العواطف، ولكنه يميل إلى التفكير والمنطق والعقلانية. وقد تجعله هذه الصفات يبدو مؤدبًا ومطيعًا ومتوافقًا مع البيئة إلى درجة المرض كما يحدث في نمط الطفل المثالي Model Child وأحيانًا نجد هذه الصفات تتبادل مع صفات أخرى عكسية تمامًا كأن يرتكب أعمالاً عدوانية أو أن يميل إلى الفوضى والقذارة في نوبات محدودة الزمن.

أنا أميل إلى البياض لأنني من اسكتلندا.

الطفل (ف) : هل تستطيع الكلام باللغة الاسكتلندية؟

الطفل (ج) : نعم: هوتس! (صوت يعبر عن الضيق).

وأما عن توفير وسائل العلاج وضرورته بالنسبة لأمراض اللغة والكلام بصورة مستمرة وطويلة المدى فهي تعد الآن من الأمور المثيرة للجدل، بالإضافة إلى أن إمكانية علاج الأطفال التوحديين من خلال مهلة ممتدة في العلاج وضعيفة في التحويل يحتمل أن تختلف طبقًا للمكان الجغرافي ومصادر التمويل المالي ونمط المؤسسة المسئولة عنه، وأول عاملين من هذه العوامل (ونعني بهما الموقع الجغرافي والمصادر المالية) لا يحتاجان إلى شرح، والعامل الثالث يشير إلى ما إذا كان مشاهدة الطفل في المجتمع المحلي أو في عيادة المستشفى، وهل نضعه في جماعة علاجية للعب أو في حضانة، أو نلحقه بنظام تربوي فعلي، إننا إذا أخذنا ببديل العيادة النفسية فإنه لابد من افتراض مسبق مؤداه أن يكون قد تم فحص الطفل وتقييمه، ومن المحتمل أن يركز أي نوع من العلاج المنتظم على توجيه النصيحة للآباء والأمهات فيما يتعلق بقضايا المعالجة وتشجيع التواصل مع الآخرين في مرحلة النمو المناسبة.

ودائمًا ما يوصي العاملون مع هذه الفئة من الأطفال بإلحاقهم بأي دار من دور الحضانة أو بوضعهم في مجموعات اللعب في وقت مبكر، وهذه الإجراءات والتدابير ليس من شانها تزويد الطفل بالخبرة الاجتماعية القيمة وفرص التعلم المختلفة فحسب لكنها تساعد الآباء والأمهات أيضًا على توضيح الصعوبات التي ربما تواجه الطفل.

ومن ناحية أخرى، قد يكون دور معالجي اضطرابات اللغة والكلام في هذه الظروف واحدًا من صور الاتصال المتبادل والمراجعة المنتظمة لمدى التقدم الذي يحققه الطفل، ومن الطبيعي أن يقودنا ذلك إلى التفكير في وضع هؤلاء الأطفال في

نظام تربوي مناسب، وهذا بدوره يعتبر مسئولية السلطات التربوية المحلية بدرجة كبيرة، مع إمكانية مساهمة معالجي اضطرابات اللغة والكلام في ذلك، فإذا كان من المتفق عليه أن هؤلاء الأطفال لهم حاجات تربوية خاصة، فمن المتعين أن يكون مطلوبًا من معالجي أمراض الكلام واللغة أن يساهموا في تحديد هذه الحاجات التربوية الخاصة بصورة رسمية (وهذه القضية سوف تناقش بشيء من التفصيل في الفصل الثامن عند الحديث عن التربية الخاصة لهذه الفئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة).

ومما تجدر الإشارة إليه أنه إذا استطاع الطفل أن يلتحق بمدرسة من المدارس التي تطبق نظام الدمج فإن ذلك سيقلل من حاجته إلى علاج نفسي- لاضطراب الكلام واللغة، ففي داخل هذا النظام المدرسي الخاص، يحتمل أن يصبح معالج اضطرابات الكلام واللغة بمثابة مساعد لمدرس الفصل، وسوف يتنوع دوره طبقًا لنمط المدرسة، وخبرة هيئة التدريس فيها، وبصفة عامة فإن المشكلات التي تتعلق بالتشخيص سوف يتم تحديدها وحلها، وسوف تستمر عملية التقييم بشكل متواصل، وسيحدث في علاج الاضطرابات، ومن المهم أن نذكر هنا أن استخدام مصطلح علاج أمراض أو اضطراب الكلام أو «عالج الكلام»[1] قد يضللنا بدرجة كبيرة. ذلك أن المعنى المتضمن في علاج الكلام» يوحي بأن الطفل تتم مساعدته

---

١ - علاج الكلام : Speech Therapy

استخدام العلاجات والإرشاد النفسي لتحسين وظائف الكلام عند المعاقين في عملية الاتصال اللغوي والتواصل، والتوافق الكلامي. (جابر وكفافي، ١٩٩٥، ج ٧، ٣٦٧٤).

أو هو برنامج مخطط لتحسين القدرة على الكلام، وتصحيح اضطرابات النطق لدى من يعانون من إعاقة في التواصل اللغوي (الكلامي) أو في التوافق الكلام، ولا يتوقع لهم تقدم أو تحسن من خلال النمو أو النضج العادي وحده (الشخص والدماطي، ١٩٩٢ : ٤١٦)، (عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٧ : ٨٩٨).

على النطق والكلام، وطالما أن علاج الكلام يقدم لنا أكثر من ذلك، فإن هناك تغيرًا حدث منذ أبريل (١٩٩١) على مصطلح علاج الكلام وتحول إلى العلاج النفسي- للغة والكلام. إذا اعتبرنا هذا النوع من العلاج أكثر مناسبة، كما أنه يعكس التركيز على عملية التواصل مع الآخرين أكثر من التركيز على عناصر التواصل وقد يشمل هذا العلاج الفرد أو المجموعة التي من المحتمل أن تطبق برنامجًا من البرامج اللغوية.

وبالرغم من اقتناعنا التام بأن هؤلاء الأطفال التوحديين لديهم قصورًا لغويًا جوهريًا إلا أن هناك قليل من الشك في أن نقص الدافعية للتواصل مع الآخرين يمثل عائقًا في اكتساب اللغة لدى هذه الفئة من الأطفال ولهذا يمكن علاج هذا التأخر - إلى حدٍ ما - بحيث يصل الطفل إلى مرحلة النمو التالية، فمثلاً قد يستفيد الطفل الذي لديه حصيلة كبيرة من المفردات وبصفة خاصة حصيلة لغوية من الأسماء، من مساعدته على اكتساب الأفعال، وهو ما يشعرنا بضرورة التركيز على حقيقة مؤداها أن الأطفال ذوي القدرات الأعلى يكونون أكثر استفادة من مدخلات العلاج النفسي لاضطرابات الكلام واللغة.

وفي الغالب سيكون أكثر المناحي العلاجية فقط هو منحى الأنشطة، حيث يكون التركيز على زيادة وعي الطفل وفهمه للعالم المحيط به، ومن الضروري أن نبني الجسور لنمكن الطفل من الوصول إلى الربط بين الأشياء التي تعلمها على الأقل، ومن المستحيل - بطبيعة الحال - أن نزود الطفل بكل الروابط الضرورية، إذ أنه في هذه الحالة لن يكون الطفل توحديًا، ولكن على الأقل يفترض أن وجود بعض الروابط أفضل من عدم وجودها. ومن ناحية أخرى يمكن الحديث في هذا الصدد عن التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبارها مجال آخر يتدخل فيه معالجي اضطرابات اللغة والكلام حيث يمكن للأطفال الصغار أن يعلموا كيف يحسنون

قدراتهم على التواصل بالعين والمشاركة، والالتزام بالدور... الخ، بينما يكون بإمكان الأطفال الأكبر سنًا أن يتعلموا كيفية التسوق بمفردهم، باستخدام المواصلات العامة، وتنمية الاستراتيجيات التي من شأنها أن تمكنهم من التصرف اللائق في المواقف الاجتماعية المختلفة.

ومما تجدر الإشارة إليه أن محاولات عديدة قد بذلت لتنمية التواصل مع الآخرين لفئة الأطفال التوحديين البكم Mute Autistic Children، وذلك من خلال استخدام الإشارات اليدوية، ونظام المكاتون Makaton وهو أكثر النظم شيوعًا في الاستخدام ويعتمد على لغة الإشارات البريطانية، وقد اعتقد البعض في وقت من الأوقات اعتقادًا غاية في السذاجة أنه إذا تعلم الأطفال إعطاء الإشارات فإنهم سيكونون قادرين على إرسال رسائل ذات معنى تام، وهم في هذا يتجاوزون حقيقة افتقار هؤلاء الأطفال إلى القدرة على الكلام، أما الآن فقد اتضح للكثيرين أن من الأفضل تدعيم القواعد الأساسية للغة بما في ذلك حفز رغبتهم في التواصل مع الآخرين فكل ذلك يعد متطلبات ضرورية للتواصل الناجح باستخدام لغة الإشارات وبنفس قدر أهميته في اللغة المنطوقة.

وعلى أية حالة إذا تعلم أحد الأطفال التوحديين البكم كيفية التعبير عن حاجاته بالإشارات وحدها فإن تدريسها في هذه الحالة سيكون على قدر كبير من الأهمية والفائدة.

وجدير بالذكر أن أدبيات البحث تشير إلى أن الأطفال التوحديين لا تتطور اللغة لديهم بالطريقة العادية (المعروفة) وذلك بإتباع الأنماط العادية للنمو، وإنما يبدو أن هؤلاء الأطفال يكتسبون اللغة من خلال تعلمهم لأنماط الترديد اللاإرادي للكلام عن ظهر قلب أو ما يمكن تسميته بأنماط المصاداة المتعلقة Learnt echolalic patterns وهو ما يعتبر عنصرًا مميزًا لكلام الأطفال التوحديين، وقد يكون أول كلام

يقوله الطفل عبارة عن ترديد كلمات وعبارات لا معنى لها. لذلك فمن الضروري التأكد من درجة تعقد الترديد اللاإرادي للكلام (المصاداة) وذلك لتقدير مدى تقدمه من مرحلة الكلام الذي لا معنى له إلى المرحلة التي يمكنه فيها استخدام العبارات والجملة المختزنة لديه بصورة مناسبة.

وما دمنا نتحدث عن مستوى الكلام الذي لا معنى له والترديد لدى الأطفال التوحديين، فإنه يتعين القول أن من الشائع أن يأخذ هذا الترديد شكل الألحان أو الدندنة، وأغاني التليفزيون المقفاه، أو العبارات المتعلمة المصاحبة للإيقاعات والتي تبدو متوافقة مع الأذن أو يبدو أنها تمثل بعض المضامين العاطفية. وحتى بعد أن يتخطى الطفل مرحلة الترديد فإنه قد ينتكس في لحظات الوقوع تحت الضغط النفسي والقلق، كما يمكن أن نضيف إلى ما سبق أن الكلام التلقائي الذي يتكلمه العديد من الأطفال التوحديين – الأفضل في القدرة اللغوية – يبدو أن معظمه يتكون من العبارات المتعلمة بكل ما تحمله هذه الجملة من معنى، وهذه الجمل والعبارات غالبًا ما تستخدم بصورة مناسبة، ولكن مع إضفائهم صفة ميكانيكية (آلية) على الكلام. وغالبًا ما يصعب تحديد الخط الفاصل بين الترديد اللاإرادي (المصاداة)، والكلام التلقائي الحقيقي، فقد يقسم الأطفال التوحديين (الأفضل في القدرة اللغوية) هذا الترديد اللاإرادي إلى أجزاء متعددة الحجم وربما يستطيعون التعامل مع هذه الأجزاء بحيث ينشأ عن ذلك تعبيرات جيدة. وهذا النوع من التعبيرات يطلق عليه الترديد اللاإرادي للكلام بصورة أقل خطورة (أو المصاداة المخففة) Mitigated echolalia (روبرتس RobertS)(١٩٨٩) ولهذا يكون كلام الطفل التوحدي عبارة عن أجزاء متعلمة ومشتقة مرتبطة بمواقف وسياقات واهتمامات معينة، ويكون الطفل التوحدي قادرًا على الزج بهذه المقتطفات عندما يبدو أن هناك حاجة إلى ذلك، ومن الواضح أنه إذا ظهر المثير اللفظي المناسب،

تظهر الاستجابة اللفظية السليمة والمنتقاه. وقبل أن يصبح الأطفال التوحيون ماهرين في الإلمام بهذه الإستراتيجية في استخدام الجمل والعبارات فإنه يتضح أنهم سوف يعطون استجابات غير مناسبة وذلك بسبب عدم صحة اختيارهم لمفرداتهم اللغوية المتعلمة.

وإذا كان بمقدور الطفل أن يستخدم الترديد اللاإرادي للكلام اللغة المتعلمة بصورة مناسبة بحيث يمكنه القيام بالحوارات البسيطة بنجاح فإن ذلك يعد تطورًا ويوصف بأنه نجاح في التواصل مع الآخرين في إطار التوحدية، والحق أننا في هذا الصدد نحتاج دائمًا عند الحكم على التواصل الناجح وقياس هذا النجاح أن نرجع إلى الطفل التوحدي نفسه وليس إلى توقعاتنا بالنسبة للنمو اللغوي لدى الأطفال العاديين.

ولقد سبقت الإشارة في الفصل الثاني إلى دراسة «أوتا فريث» وزملائها Uta Frith and her Colleagues في وحدة النمو المعرفي بمعهد الأبحاث الطبية والتي افترضت فيها «فريث» أن النقص المعرفي الأساسي لدى الأطفال التوحديين بعوقهم عن التنبؤ بسلوك الناس الآخرين، وأن هذا التنبؤ يعد متطلبًا أساسيًا للكفاءة الاجتماعية Social Competence والتي تتضمن بطبيعة الحال التواصل الاجتماعي كما سلمت «فريث» بأن هذا النقص يظهر بوضوح عند الأطفال التوحديين الأفضل لغويًا والذين يتمتعون بنسبة ذكاء ملائمة ودرجة كافية من الفهم اللغوي.

وبصفة عامة يمكن القول أن الأطفال العاديين عند سن (٤) أربع سنوات يمكنهم أن يعبروا عن أفكارهم ويمكنهم كذلك أن يصبحوا على وعي بوجود أناس آخرين معهم ويمكنهم أن يكونوا على وعي بما تحتوى عليه أفكار هؤلاء الناس.

وفي تجربة بسيطة أجرتها «فريث» وزملائها تم اختبار الفروض السابقة بالنسبة للأطفال التوحديين القادرين لغويًا، بالمقارنة مع الأطفال العاديين، والأطفال الذين يعانون من زملة داون[1]، إذ لم يواجه الأفطال العاديين أي صعوبة في الاختبار، وعلى حين اجتازت نسبة ٨٠٪ من الأطفال الذين يعانون زملة داون الاختبار نجد في المقابل ٨٠ ٪ من الأطفال التوحديين أخفقوا في اجتيازه بالرغم من أن عمرهم العقلي كان أعلى من العمر العقلي لمجموعة زملة داون، وعلى أية حال يوجد دليل الآن على أن الأطفال التوحديين قد يجتازون مثل هذا الاختبار بنجاح في سن أكبر، مع احتمال قائم هو فشلهم في اجتياز الاختبارات الأكثر تعقيدًا والتي تعتمد على تبني وجهة نظر الآخرين عند الشروع في الإجابة عن بنودها. وقد عرضت «أوتا فريث» في كتابها السابق الإشارة إليه هذه الاختبارات بشيء من التفصيل.

ونظرًا إلى أن هناك من الباحثين من يهتم بمثل هذه الاختبارات. نجد أنهم يقومون بإعادة إجرائها. وقد قامت كل من «آرونز وجيتز Aarons & Gittens (١٩٩٢) بتجارب مماثلة، فقد قدمتا دمية معها سلة ودبدوب معه صندوق، تضع الدمية بعض الحلوى في سلتها ثم تذهب لتتمشى، وفي غفلة من الدمية يأتي

---

[1] – زملة داون: Down,s Syndrome

اضطراب صبغي (كروموزمي) يتميز بوجود صبغي زائد (رقم ٢١) وبعض الحالات يكون الصبغي الزائد – ٢٢ ويفصح الاضطراب عن نفسه فيما يسمى الملامح المنغولية ووجه مستدير مسطح وعيون تبدو مائلة أو منحدرة ويكن المخ أقل من المتوسط من حيث الحجم أو الوزن. وعادة ما يتصف المرضى بهذا الاضطراب بالتخلف الذي يتراوح من الدرجة المعتدلة إلى الدرجة الشديدة ويتصف المرضى بالاستعدادات الموافقة وسلاسة القيادة. وتميل الحركات العضلية إلى أن تكون بطيئة وثقيلة وغير متآزرة. وفي حالات كثيرة يكون النمو متأخرًا واللسان سميكًا والأصابع غليظة. ويسمى الاضطراب أيضًا المنغولية Mongolism ومرض لانجدون داون Lang-don Down,s disease والأكروميكاريا الخلقية Congenital Acromucria (جابر وكفافي، ١٩٩٠، ج ٣، ١٠١٩).

الدبدوب ليأخذ الحلوى ويضعها في صندوقه، ثم تأتي الدمية بعد ذلك لتأكل الحلوى، وفي هذه اللحظة يتم سؤال الطفل الذي يراقب كل هذه الأحداث عن المكان الذي تبحث فيه الدمية عن الحلوى والمفترض أن تكون الإجابة (في السلة) حيث وضعتها الدمية من قبل، ولكن الأطفال التوحديين يشيرون إلى المكان الذي يعرفون أن به حلوى ألا وهو الصندوق بطبيعة الحال، وعند سؤالهم لا يجدون صعوبة في ترتيب الأحداث ولكنهم يخفقون في التنبؤ بما تظنه الدمية مما يشير إلى عجزهم فيما يتعلق بعزو معتقدات وأفكار معينة إلى أشخاص معينين، ناهيك عن وضع إنفعالات هؤلاء الآخرين في الاعتبار مما سيكون له أصداء بالغة لا ترتبط بفهم الطفل للأحداث والمعارف المتعلقة بالعالم من حوله فحسب ولكن ترتبط أيضًا بالتواصل مع الآخرين أيضًا، وسوف تعكس اللغة التعبيرية لهؤلاء الأطفال التوحديين هذا القصور، وقد لاحظت «سيمون بارون كوهين» Simon Baron Cohen غياب بعض العبارات مثل «أنا لا أصدقك» ماذا تعني؟ في الواقع أنها... أنك تتظاهر بهذا فقط، هذا ليس حقيقي، كيف تعرف ذلك؟ من اللغة التعبيرية لهؤلاء الأطفال.

ومن الناحية اللغوية تحدث هذه الصعوبات في سياق وإطار واسع من الشكلية التي ترتبط بالاحتمالية والضرورة والالتزام، كما يعاني الأطفال التوحديين من مشكلات في تكييف لغتهم المتعلمة غير المرنة، بحيث تستجيب إلى التغيرات الدقيقة في المعنى الذي ينعكس في استخدام الجوانب الشكلية للغة. فعلى سبيل المثال نجد أنه بالنسبة بالأفعال المساعدة فإن التفرقة بين يستطيع واستطاع، وقد، وربما، ولابد، ويجب أن ... الخ. تكون من الأمور التي يصعب على الأطفال التوحديين التعامل معها.

وهناك سمة عامة لدى الأطفال التوحديين القادرين لغويًا وهي السذاجة والبراءة فهم ضد الماديات ولا يخدعون الآخرين ولا يحاولون التأثير عليهم، ويمكن استغلال أمانتهم بصورة مضادة ومن الأمثلة الطريفة على ذلك أن المعلم سأل أحد الأولاد: لماذا تتصرف بمثل هذه الطريقة السيئة؟ فأجابه الولد قائلاً: أنا أفعل ذلك متعمدًا.

وأما بالنسبة لتفسير «فريث» لطبيعة التوحد فإنه يجعل نماذج الصعوبات العملية معقولة «ذات معنى» حيث أنها مطابقة لصعوبات اللغة عند الأطفال التوحديين، كما يمدنا تفسيرها بالمفتاح الذي يساعدنا على فهم صعوباتهم التحادثية (المتعلقة باستخدام الحوارات والمحادثات).



الفصل السادس

الكلام واللغة

التدخل المبكر في مجال التوحد

Early Intervention In Autism

- مقدمة.

- القسم الأول – خلفية نظرية أو إطار نظري للتشخيص في مجال التوحد
- القسم الثاني – برامج التدخل المبكر: المبررات والقضايا.
  أولا – مبررات التدخل المبكر واعتبارات يتعين مراعاتها
  ثانيًا – القضايا ذات الصلة بالتدخل المبكر.
- برامج التدخل المبكر:

أولا – البرامج المصممة للفئة العمرية من الميلاد وحتى عمر الثالثة.

ثانيًا – برامج ما قبل المدرسة المتاحة على نطاق واسع.

ثالثًا – برامج ما قبل المدرسة الأقل توافرًا.

رابعًا – برامج التدخل النمائية.

- كلمة ختامية

التدخل المبكر في مجال التوحد

Early Intervention In Autism

مقدمة:

نحن نعرف الآن أنه يمكن للمهنيين المتخصصين تشخيص الأطفال ذوي التوحد في عمر الثانية (Lord, ١٩٩٥) فلقد أضحى دور المسح المبدئي أو الفرز ودور طبيب الأطفال عنصرين حاسمين بشكل متزايد في هذا الصدد حيث أننا على وعي بأهمية ثبات التشخيص المبكر مع مرور الوقت وأهمية التدخل المبكر. كما أن هناك اتفاق مهني على جوانب حاسمة معينة للعلاج (هي شدة درجة الاضطراب، والتدخل الأسري والتركيز على التعميم) كذلك على الدليل الأمبريقي على استراتيجيات معينة للتدخل. وعلى أية حال هناك العديد من البرامج المطورة للأطفال التوحديين والتي تختلف في فلسفتها، مع الافتقار إلى البحث الذي يقارن بين مختلف برامج التدخل. ذلك أن معظم البرامج التي أعدت للأطفال التوحدين هي برامج مصممة للأطفال في عمر ما قبل المدرسة، ولا نجدها جميها ذائعة الصيت أو متاحة. وفي حين يتم نشر بيانات المخرجات والعوائد بالنسبة لبعض هذه البرامج، نجد أن هناك نقصًا في الدراسات الأمبريقية والتجريبية التي تقارن بين مختلف برامج التدخل. وفي هذا الفصل سوف يتم استعراض برامج التدخل والدراسات التجريبية التي تمت على هذه البرامج، مع التركيز بصورة خاصة على الفئة العمرية من الميلاد وحتى ثلاث سنوات.

القسم الأول خلفية نظرية أو إطار نظري للتشخيص في مجال التوحد

Background

ليس هناك جديد في القول بأن التوحد اضطراب نمائي كان أول من وصفه ليو كانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ في مقالة كلاسيكية كانت تتضمن دراسات حالة لأحد عشر طفلاً. ومنذ ذلك الحين، تطورت المحكات التشخيصية بناء على الملاحظات والبحث المستمرين، وأثمر ذلك عن المحكات الحالية الواردة في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM – IV (عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي- لعام ١٩٩٤) والتصنيف العالمي للأمراض ١٠ — ICO (عن منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٣). وفي الوقت الحالي يتم تعريف الاضطراب التوحدي في ضوء الإعاقات النوعية في التفاعل الاجتماعي والتواصل وفي أنماط السلوكيات والأنشطة والاهتمامات المحددة والتكرارية والنمطية، مع قصور في أحد هذه الجوانب قبل عمر الثالثة.

وبالإضافة إلى اضطراب التوحدي، ثمة أربعة تشخيصات أخرى محددة تشتمل عليها اضطرابات طيف التوحد Autistic Spectrum Disorders (ASD)، وهو مصطلح يفضله الآن معظم أولياء الأمور والمنظمات المهنية المتخصصة (Filipek et al., ٢٠٠٠ Lord & McGee, ٢٠٠١). ومن بين هذه التشخيصات اضطرابان يعرفان بتردٍ أو تراجع في المهارات هما: متلازمة ريت واضطراب التحلل الطفولي، ولن يكون هذان التشخيصان محور اهتمام هذا الفصل. فمؤخرًا ظهرت صلة بين أحد الجينات ومتلازمة ريت (Cheadle et al, ٢٠٠٠). أما التحلل الطفولي فهو اضطراب نادر جدًا حيث يسجل معدلات انتشار قيمتها ٠.٦ لكل ١٠٠.٠٠٠ (Chakrabarti & Fombonne ٢٠٠١) ويتضمن هذا الاضطراب فترة من النمو

الطبيعي في أول عامين من العمر متبوعة بتردٍ أو تراجع في عدد من الجوانب المهارية قبل الرابعة من العمر، والذي ينتج عنه ظهور أعراض اضطراب التوحد.

أما التشخيصان الاخران في اضطراب طيف التوحد فهما اضطراب اسبيرجر والاضطراب النمائي المنتشر – غير المحدد تحت مسمى آخر. ويشمل اضطراب اسبيرجر Aserger,s disorder مثله مثل الاضطراب التوحدي أوجهًا من القصور الكيفي في التفاعلات الاجتماعية التبادلية وأنماط السلوكيات والأنشطة والاهتمامات المحدودة والتكرارية والنمطية. ولكن اضطراب أسبيرجر على عكس الاضطراب التوحدي لا يتطلب – في عملية تشخيصه – أوجهًا من القصور الكيفي في التواصل. وبالإضافة إلى ذلك، يتطلب هذا التشخيص عدم وجود تأخر في اللغة ذي دلالة كلينيكية قبل عمر الثالثة وعدم وجود تآخرات معرفية، مع عدم وجود ما يلبي محكات اضطراب نمائي منتشر محدد آخر. فإذا تم استبعاد الأطفال الذين انطبقت عليهم من قبل محكات الاضطراب التوحدي، فإنه نادرًا جدًا ما يحدث تشخيص اضطراب أسبيرجر (Miller & Ozonoff ١٩٩٧) . ولكن كثيرًا ما يستخدم تشخيص اضطراب أسبيرجر لحالات أخف من التوحد ذات التوظيف المرتفع[1] High –Functioning autism والتشخيص الأخير في هذا التصنيف العام هو الاضطراب النمائي المنتشر – غير المحدد تحت مسمى آخر. ويتميز هذا الاضطراب بأوجه من القصور الكيفي في التفاعل الاجتماعي مصحوبًا إما بأوجه من القصور الكيفي في التواصل أو بأنماط السلوكيات والأنشطة والاهتمامات

---

[1] – التوحد ذو التوظيف المرتفع. التوحد ذو الأداء العالي: High Functioning Autism
غالبًا ما تطلق هذه التسمية على الأطفال المصابين بمتلازمة أسبيرجر، حيث أنه مع وجود سلوكيات التوحد المعروفة، إلا أننا نجد لديهم قدرات لغوية وعقلية جيدة نوعًا ما.

المحدودة والتكرارية والنمطية. ويظل هناك جدل حول هذا التشخيص، والذي يشمل ما إذا كان «شبيه بالتوحد» أم «توحد لا نمطي» (,Towbin ١٩٩٧)

وقد سجلت دراسات علم الوبائيات الحديثة Recent epidemiological studies معدلات عالية من اضطرابات طيف التوحد قيمتها ٦٦ لكل ١٠.٠٠٠ (,Fombonne ٢٠٠٢)، وهي زيادة مذهلة عن المعدلات التي كانت مسجلة في الماضي. ولقد ازدادت أهمية التعرف المبكر[١]، حيث أثبتت العديد من الدراسات أن الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد الذين يتلقون الخدمات قبل عمر ٤٨ شهر يطرأ عليهم تقدم كبير أو تتنامى أشكال التحسن لديهم مقارنة بالأطفال الذين يتلقون الخدمات بعد عمر ٤٨ شهر (,Harris & Weiss ١٩٩٨; Sheinkopf & Singel, ١٩٩٨).

جدير بالذكر أنه على مدار من ١٠ – ١٥ سنة الماضية، كان هناك دليل على أنه يمكن تشخيص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد في عمر الثانية تشخيصًا موثوقًا به (Lord ١٩٩٥). وأحد الأخطاء الكبرى في تشخيصات الأطفال في عمر الثانية المحالين للكشف عن إصابتهم باضطراب التوحد هو إغفال تشخيص الأطفال على أساس الانطباع الكلنيكي عندما تتطابق درجاتهم على القياسات المقننة المتسقة مع معايير تشخيص التوحد (,Lord & Risi ١٩٩٨). وأحد العوامل المحتملة التي أسهمت في هذا الخطأ هو التباين الشديد في سلوكيات الأطفال في عمر الثانية ذوي اضطرابات طيف التوحد (,Lord ١٩٩٥) ونقص السلوكيات التكرارية في اضطراب التوحد التي عادة ما تكون موجودة لدى الأطفال في عمر الثالثة والتي ربما لا تكون موجودة لدى الأطفال التوحديين في عمر الثانية (Cox et al., ١٩٩٩; Lord, ١٩٩٥; Srone et al. ١٩٩٩).

وفي هذا الفصل نعرض لبعض برامج التدخل المبكر والدراسات الأمبريقية والتجريبية المتوفرة عن كل برنامج من هذه البرامج (أنظر الجدول ١)، مع التركيز بصورة خاصة على الفئة العمرية من الميلاد وحتى الثالثة من العمر. وعند استعراض الدعم الإمبريقي التجريبي والبرامج المتاحة يصبح من المهم التمييز بين دراسات مخرجات البرنامج المصممة لتحديد ما إذا كان البرنامج يحقق تأثيره المرغوب والدراسات الإمبريقية والتجريبية ذات العينة الضابطة المصممة لتحديد ما إذا كان البرنامج أو أحد أوجه هذا البرنامج هو المسئول بوضوح عن إحداث التغيرات التي تمت رصدها عن طريق الملاحظة.

وهنا العديد من الاعتبارات المهمة عند استعراض البحوث والدراسات التي أجريت عن التدخل بالنسبة للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد. تشمل هذه الاعتبارات:

(١) المجموعة العمرية التي تتضمنها الدراسة.

(٢) المجموعة الضابطة.

(٣) شروط الضبط

(٤) مقاييس المخرجات (انظر الجدول ١).

جدول رقم (١) يلخص بعض البحوث والدراسات في مجال التدخل المبكر لدى أطفال التوحد

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
البرنامج المنزلي لمعالجة وتعليم الأطفال التوحدين وذوي إعاقات التواصل	Ozonoff & Cathcart, (١٩٩٨)	١١ تجريبية ١١ ضابطة	٣١ – ٦٩	النموذج النفسي التربوي المعدل	لهذا البرنامج مكاسب ذات دلالة تتضح في درجات النموذج النفسي التربوي المعدل مقارنة

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
					بالمجموعة الضابطة
المحاولات المنفصلة	Lovaas (١٩٨٧)	١٩ لمدة ٤٠ ساعة ١٩ لمدة ١٠ ساعات ٢١ دون علاج	المتوسط ٣٢ المتوسط ٣٥	درجة معامل الذكاء التسكين التربوي الدعم التربوي	مجموعة تدخل مكثفة ٤٧٪ في الفصول النظامية زيادة ٣١ نقطة في معامل الذكاء.

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
المحاولات المنفصلة	McEachin Smith, Lovaas (١٩٩٣)	١٩ لمدة ٤٠ ساعة ١٩ لمدة ١٠ ساعات	المتوسط ٣٢ المتوسط ٣٥	درجة معامل الذكاء درجة السلوك التكيفي	مجموعة تدخل مكثفة ارتفاع معامل الذكاء ارتفاع الدرجات على مقايس فاينلاند للنضج الاجتماعي

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
المحاولات المنفصلة	Smith Groen & Wynn, (٢٠٠٠)	١٥ لمدة ٣٠ ساعة ١٣ لمده ساعات بمساعدة الوالدين ١٥ ساعة في فصول خاصة	١٨ – ٤٢ شهرًا	معامل الذكاء اللغة القياس السلوكي القياس التكيفي التسكين بالحجرة الدراسية	٢٧ ٪ في الفصول النظامية زيادة ١٦ نقطة في معامل الذكاء فرق طفيف في السلوك فرق طفيف في الدرجات على مقياس السلوك التكيفي

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
المحاولات المنفصلة	Luiselli, Cannon, Ellis, & Sisson (٢٠٠٠)	٨ أصغر من ٣ سنوات ٨ أكبر من ٣ سنوات	المتوسط ٢.٦٣ سنة المتوسط ٣.٩٨ سنة	نموذج تنفيذ التعلم المبكر أو نموذج تنفيذ التعلم	كانت مدة العلاج هي المنبىء الوحيد بالتغير المنبىء
التحليل السلوكي التطبيقي	Harris & Handlem an, (٢٠٠٠)	٢٧ في العينة التجريبية لا توجد عينة ضابطة	٣١ – ٦٥ شهرًا	التسكين بالحجرة الدراسية	كان معامل الذكاء والعمر يتنبآن بالتسكين في الحجرة الدراسية

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
التدريس العرضي	McGee Morrier & Daly (١٩٩٩)	٢٨ في العينة التجريبية لا توجد عينة ضابطة	٢٩ شهرًا	العينة اللفظية الاقتراب من الأقران	٨٢٪ استخدموا كلمات ذات معنى ٧١٪ تحسنوا في الاقتراب من الأقران

الطريقة أو البرنامج	الباحث/ الباحثون	العينات/ المجموعات وعدد ساعات التدريب	العمر بالشهور	قياس المخرجات أو العائدات	النتائج
برنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة	Srtain & Hoyson, (٢٠٠٠)	٦ في العينة التجريبية لا توجد عينة ضابطة	٣٠ – ٥٣ شهرًا	التسكين بالحجرة الدراسية نموذج تنفيذ التعلم مقياس تقدير التوحد الطفولي	التحسن شمل جميع الجوانب

وهناك عدة مكونات يجب تغطيتها عند استعراض البرامج وهذه المكونات تشمل طريقة التدخل، وصيغته، ومكانه، وزمانه، والقائمين على تنفيذ البرنامج، وما إذا كان البرنامج موجهًا للأطفال أم موجهًا للكبار (انظر الجدول ٢).

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
التدريس العرضي	برنامج والدين للأطفال الدرارجين	+ ٣٠	جماعي واحد لواحد	مركز رعاية الطفل + المنزل	الوالدان الفريق التربوي	الطفل
المدخل الاجتماعي البراجماتي النمائي	wetherby & Prizant	متغير	واحد لواحد	المنزل	الوالد + المعالج النفسي + المعلم	الطفل

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
التدريس المنظم	برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل	متغير	جماعي	الفصل الدراسي +المنزل	الوالدن أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة	شخص راشد

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعياً	الصيغة	المكان	المشتغلون بالبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
المحاولات المنفصلة	Lovaas (١٩٨٧)	٤٠	واحد لواحد	المنزل	معالج التلاميذ المهنيون المدربون	شخص راشد

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
المحاولات المنفصلة	دوجلاس Douglass أو مركز الإعاقات النهائية	متغير	واحد لواحد أو جماعي	السياق المدمج +المنزل + في مرحلة ما قبل المدرسة	متخصصون مرتفعو المهارة + الأسرة + المستشارون + مدرسو المدرسة	الطفل

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
برنامج تدخل باستخدام الاستجابة المحورية	Koegel, Koegel, & Harrows (١٩٩٩)	٣٥ – ٤٥	واحد لواحد مجموعة صغيرة	الفصل المنزل	أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة + الوالدان + معالجو التلاميذ	شخص راشد

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
التدخل السلوكي والدمج	مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة	١٥	جماعي	الفصل المدمج (الدمج الأكاديمي)	المعلم	شخص راشد والطفل

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
المدخل النمائي	Greenspan جرين سبان	متغير	واحد لواحد	المنزل	الوالدان الفريق التربوي	الطفل

الطريقة أو البرنامج	الباحثون / البرنامج	عدد الساعات أسبوعيًا	الصيغة	المكان	المنفذون للبرنامج/ المشاركون فيه	موجه بشخص راشد أم موجه بالطفل
المدخل النمائي	نموذج دينفير Denver	٢٢	جماعي	الفصل	فريق مدرب	الطفل

ومن خلال هذا الاستعراض سوف نركز أولاً على مبررات التدخل المبكر، ثم نركز ثانيًا على القضايا ذات الصلة بالتدخل المبكر، ثم نستعرض في ثالثًا البرامج والدعم الإمبريقي التجريبي لها، ثم نعرض في رابعًا الخطوات التالية المقترحة عندما نضع في اعتبارنا التدخل مع الأطفال الصغار جدًا في العمر، ثم كلمة ختامية في نهاية الفصل.

القسم الثاني – برامج التدخل المبكر: المبررات والقضايا:

أولا: مبررات التدخل المبكر.

وفي ضوء ما نعنيه بالتدخل المبكر يمكن القول أن هناك العديد من المبررات التي تدعو إلى ضرورة تقديم برامج التدخل المبكر لمساعدة الأطفال المعاقين أو الأطفال المعرضين لخطر الوقوع في تأخر النمو فضلاً عن الأطفال التوحديين على اختلاف فئاتهم الفرعية؛ بطريقة أقرب ما تكون – أي المساعدة – إلى الأشكال العادية على الرغم من القيود التي تفرض على هذه الفئات من الأطفال.

وهذه المبررات – من وجهة نظر المؤلفين – لا تنبع من منطلقات انفعالية أو عاطفية تجاه هؤلاء الأطفال؛ من قبيل الشفقة عليهم أو من قبيل المحبة التي نكنها لهم. ولكنها مبررات تنطلق من نظريات النمو التي تحدد العوامل التي تيسر أو تعرقل نمو الأطفال، وكذلك هي مبررات تعتمد على نتائج البحوث والدراسات الميدانية في مجالات متباينة مثل الخصائص والسمات المميزة لهؤلاء الأطفال؛ وتأثيرات الحرمان المبكر من الاستثارة، أو العائدات المباشرة لبرامج التدخل المبكر على الطفل من ناحية، وعلى الأسرة والمجتمع من ناحية أخرى، بالإضافة إلى تلك البحوث والدراسات التي تؤكد على أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل.

وفي ضوء كثرة هذه المبررات، يمكن استعراض أهمها ممثلاً في ثمانية مبررات ذكرها كل من «بيترسون» (١٩٨٧Pererson;) و «هانسون وليـنش» (Hanson & ١٩٩٥Lynch;) وذلك على النحو التالي:

الأول: أن التعلم المبكر هو أساس التعلم اللاحق؛ حيث تؤكد معظم نظريات النمو على العلاقة الوثيقة بين السنوات الخمس الأولى من ناحية والنمو من ناحية ثانية، والتعلق في السنوات اللاحقة من ناحية ثالثة. فالفترة الزمنية ما بين ميلاد الطفل والتحاقه بالمدرسة، لها دلالة خاصة ومغزى عميق في متصل النمو الإنساني، حيث تشكل أنماط التعلم وأنماط السلوك الأساسية التي تضع الأساس لكل مظاهر النمو في فترات نمائية لاحقة.

وإذا حدث أن الطفل لم يستطع أن يكتسب أو يتقن تعلم العادات، والمهارات والأبنية أو التراكيب المعرفية التي تعتبر متطلبات سابقة لتعلم واكتساب المزيد من العادات والمهارات، فإن هذا التعلم وذلك الاكتساب سوف يتأخر ويكون بلا فاعلية وغير مكتمل. وقد يستحيل تحقيقه في بعض الأحيان؛ ذلك أن التعلم ينبني على التعلم، ومن ثم يمكن القول أن النقص أو الضعف في أي مرحلة نمائية يؤدي إلى نقص وضعف أكبر في المراحل التالية، أي أن الآثار السلبية تصبح تراكمية. فإذا تأخر الطفل بدرجة ملحوظة ودالة عن أقرانه في بعض جوانب ومظاهر النمو؛ فإن معنى ذلك أنه حتى يمكنه اللحاق بهم في مرحلة نمائية تالية، فإنه يجب الإسراع بعملية التعلم بمعدلات أعلى من السرعة العادية، أي من خلال البدء فورًا في برنامج للتدخل المبكر.

الثاني: إن نتائج البحوث والدراسات تشير إلى وجود فترات حرجة أو فترات حساسة للتعلم[١] وينظر إلى سنوات العمر الأولى، أو لنقل سنوات النمو الباكرة على أنها أهم مرحلة توجد بها الفترات الحرجة. والفترة الحرجة هي تلك الفترة التي يجب أن يقدم فيها للطفل مثيرات معينة، أو يجب أن يقدم فيها للطفل خبرات خاصة، لكي يظهر نمط معين من الاستجابات. ذلك أن الطفل – أي طفل – يكون في أثناء هذه الفترة أكثر قابلية وأكبر استجابة لخبرات التعلم، وتكون المثيرات البيئية أكبر قوة في استدعاء استجابات معينة، أو في أنتاج أنماط تعلم معينة وبالتالي يحدث التعلم بشكل أكثر سرعة وسهولة.

وفي ضوء مفهوم الفترات الحرجة، فإن غياب الخبرات أو الاستثارة المناسبة خلال فترات النمو المهمة، وبصرف النظر عن أسباب الغياب، سوف يؤدي إلى فشل الطفل في تعلم الاستجابة، فضلاً عن افتقاد القدرة على اكتسابها فيما بعد، أو

---

١ – فترة حرجة، فترة حاسمة: Critical period

مرحلة محددة يكون فيها الكائن الحي مهيأ بصفة خاصة لمبررات تعليمية، وانفعالية، وتطبيعية معينة ضرورية للنمو، أو الارتقاء الصحي؛ ولن يحدث هذا في مرحلة عمرية لاحقة. فعلى سبيل المثال – ووفقًا لما يذهب إليه لورنز Lorenz تؤلف الأيام الثلاثة الأولى من حياة فراخ البط – بعد الفقس – فترة حرجة، وهي مرحلة البصم وتقليد الأم والتعلم منها. ويرى كالدويل Caldwell أن الوليد يظهر ردود أفعال انفعالية عنيفة للتبني عندما يكون في الفترة من العمر ما بين ثلاثة وأثنى عشر شهرًا (جابر وكفافي، ١٩٨٩ : ٨٠٨ – ٨٠٩).

أو هي فترة مبكرة من حياة الفرد يكون مستعدًا فيها للتعلم بشكل أفضل من أي فترة أخرى في مرحلة الرشد، فإذا أعيقت هذه الفترة، وحالت الظروف دون المرور بالخبرات التعليمية المناسبة لها (كالحرمان البيئي، والإصابة، والمرض) لعضو نهائي بالذات؛ فإن الفرد يكون غير قادر على التعلم في فترة لاحقة؛ لنفس الخبرة. وهذا المفهوم ينطلق من علم دراسة سلوك الحيوان. ومن المحتمل ألا ينطبق على الإنسان. إلا أن الفترات الحساسة والمرنة تميز نمو الإنسان بشكل أفضل من الناحية البيولوجية. وكذلك الفترات الحرجة والحساسة بالنسبة لنمو المخ، ويكون ذلك في الغالب قبل النمو (أكاردو ويتمان، ٢٠٠٧ : ٢٠٤ – ٢٠٥).

التأخر في اكتساب الاستجابة في وقت لاحق؛ حيث يكون من الممكن اكتساب المهارة، ولكن بكفاية وتلقائية أقل.

وعلى الرغم من أن التعلم قد يمكن حدوثه بعد الفترة الحرجة، أو الفترة الحساسة للتعلم، وهي الفترة المناسبة لاكتساب المهارات المقصودة، إلا أن الاستثارة المطلوبة لتحقيق نفس الانجاز يجب أن تكون أكثر من حيث العمق، وأطول من حيث الزمن.

وبوجه عام يمكن القول أنه طالما أن الفترة الحرجة قد مرت دون تحقيق التعلم المنشود، فإن ذلك يدل على عدم ملائمة أو عدم كفاية المثيرات البيئية المتوفرة للطفل. بكلمات أخرى نقول أن اكتساب الطفل وإتقانه للمهارات النمائية اللازمة لن يحدث دون برنامج إثرائي تتوفر من خلال برنامج للتدخل المبكر.

الثالث: أن القدرة العقلية العامة؛ أي الذكاء، فضلاً عن الإمكانات الأخرى لا تكون ثابتة عند ولادة الطفل؛ ذلك أنها تتشكل – إلى حد كبير – بالمؤثرات البيئية من ناحية، ومن خلال عملية التعلم من ناحية أخرى.

أما المؤثرات البيئية فهي عوامل فعالة في تشكيل طبيعة كل إنسان، وهي تتضمن الرعاية الجسمية، وأساليب التغذية، وأساليب التنشئة الوالدية، أو ما يطلق عليه أساليب المعاملة الوالدية، وكذلك نوعية وكمية الاستثارة التي تتيحها البيئة، والمناخ الانفعالي في البيئة الأسرية، والفرص التربوية المتاحة لتعلم الطفل.

ورغم الخلاف الكبير بين الباحثين في مجال اضطرابات طيف التوحد، إلا أن بعض الباحثين يشير إلى وجود عوامل بيئية قد تكون وراء الإصابة باضطراب طيف التوحد مثل التعرض لبعض المواد الكيميائية، أو عدوى فيروسية تسبب أذى للدماغ وبالتالي نشوء اضطرابات التوحد. وأما الذكاء فهو – كما هو معروف – تكوين فرضي يشير بصفة عامة إلى المعرفة المتصلة بالعالم. وتوجد تعريفات كثيرة

للذكاء، وقد تم تحديدها إجرائيًا بصيغ مختلفة بواسطة أشخاص متباينين حاولوا قياسه. وتميل التعريفات التقليدية إلى التركيز على الاستدلال؛ وحل المشكلات، والمهارات الكامنة وراء التعلم التقليدي، بينما تركز النظريات المعاصرة – كذلك – على المهارات البينية الشخصية – مهارات التفاعل بين الأشخاص – والابتكار. وقد افترض أن الذكاء له مكونات موروثة، ومكونات مكتسبة (بيئية). ويعتقد أنه يتضمن تفاعل هذه المكونات عبر خبرات التعلم طوال حياة الفرد. وكل من العوامل البيولوجية والمؤثرات البيئية تسهم في التعبير الفردي للذكاء.

وجدير بالذكر أن هناك كتابات تشكك في مرونة الذكاء، وتؤمن بأن نسب الذكاء غير قابلة للتغيير، وأن السمات الإنسانية ثابتة للأبد منذ الميلاد، وهذه الكتابات يمكن دحضها بتقرير أن هناك مئات من الدراسات الميدانية التتبعية التي أجريت حول معاملات الذكاء بشكل أساسي وسمات أخرى تدعم حدوث التغير في معاملات ذكاء الأطفال سواء بالزيادة أو النقصان كنتيجة لتأثيرات العوامل البيئية. ومن أهم هذه العوامل – فيما يتعلق بالذكاء على سبيل المثال – مستوى تعليم الوالدين، ومدى تشجيعهما للتحصيل الدراسي، ومدى توفير الخبرات التربوية داخل المنزل وخارجه.

وبالإضافة إلى ما سبق هناك أيضًا تلك الدراسات التجريبية التي قامت بنقل بعض الأطفال من بيئات أسرية محرومة ثقافيًا، ووضعتهم في بيئات أسرية أخرى تتوافر فيها الاستثارة الكافية، ودراسات تجريبية أخرى حسنت الظروف داخل البيئة الأسرية من خلال برامج تربوية.

ونتائج كافة هذه الدراسات التجريبية – بوجه عام – ترجح إمكانية تغيير معاملات ذكاء الطفل نحو الأفضل، نتيجة للمتغيرات التجريبية المستخدمة.

الرابع: أن الظروف المعوقة أو تلك التي تعرض الطفل الصغير للخطر يمكن – بشكل أو بآخر – أن تعطل النمو والتعلم إلى الدرجة التي قد يصبح فيها العجز الأصلي أكثر شدة، أو قد تظهر لدى الطفل إعاقات ثانوية. ذلك أن العجز وعدم القدرة قد يعطل ويعرقل عمليات التعلم العادية عن طريق إعاقة بعض الأساليب المألوفة للتفاعل مع البيئة. وإذا تركنا الأمر للفرص للتربوية العادية المتاحة للأطفال غير المعاقين، فإن الأطفال المعاقين يزيد احتمال أن يكون تعلمهم أقل كفاية من أقرانهم، وإذا تعين عليهم الاشتراك في خبرات الحياة والاستفادة منها من أجل اكتساب المهارات الأساسية، فإن ذلك يتطلب بالضرورة بعض أشكال التدخل المبكر والمعاونة ذات الطبيعة النوعية أو الخاصة.

جدير بالذكر أن هناك أطفالاً إعاقاتهم واضحة وعجزهم ظاهر – على سبيل المثال الأطفال المصابون بالشلل الدماغي والأطفال المكفوفون – كما أن هناك إعاقات أخرى لا يمكن تجنب الآثار المترتبة على الإصابة بها مثل الأطفال المعوقون سمعيًا؛ فهؤلاء تقل قدرتهم على التعلم بالاعتماد على البقايا السمعية. وجميع هذه الإعاقات المحددة التي تم تشخيصها على هذا النحو تخلق لدى المصابين بها حاجة ملحة وعاجلة للتدخل المبكر، حيث أن تأثيراتها على السلوك، وأيضًا تأثيراتها على التعلم تكون واضحة.

وبالمثل؛ يمكن القول أن الأطفال – الذين تشير ظروفهم غير المواتية إلى الخشية عليهم من إصابتهم بالإعاقة في مستقبل أيامهم – كأن يواجهوا مشكلات في نموهم عندما تمر سنوات العمر بهم؛ فإنه لا يصح – بأي حال من الأحوال – الانتظار حتى يكبروا لنتأكد مما سوف يحدث لهم، ثم يحدث التدخل بعد أن يكون قد فات أوان هذا التدخل؛ ذلك أن مظاهر القصور التي قد تبدو بسيطة في البدايات قد تتفاقم وتتحول إلى إعاقة ومن ثم لا تجوز المخاطرة بترك نمو الطفل المعرض للخطر

أن يعيش تحت ظروف خطرة لنرى ما إذا كان سيترتب على ذلك ما هو أخطر، وإنما يتعين علينا التدخل مبكرًا حتى نمنع الإصابة بالإعاقة إن كان بمقدورنا ذلك.

الخامس: إن نوعية بيئة الطفل، ونوعية خبراته الأولية لهما تأثير كبير على مظاهر النمو وجوانب التعلم، كما أن لهما تأثير على قدرة الطفل على تحقيق واستغلال كل إمكاناته وقدراته، وتشير الأدبيات النفسية والتربوية إلى أن نوعية البيئة ونوعية الخبرات تتحدد بمدى توفر الاستثارة المنوعة والمواقف المتجددة، والاستثارة عامل يحتل أهمية خاصة بالنسبة للأطفال العاديين، وذلك لعدة أسباب لعل من أهمها:

(أ) أن الاستثارة تساعد في تحديد إلى أي مدى سيتحول العجز إلى إعاقة.

(ب) وأنها تساعد في تحديد إلى أي مدى سيعطل هذا العجز عمليات النمو العادي.

(ج) وأنها تساعد في تحديد إلى أي مدى يستطيع الأطفال المعوقون الحصول على وسائل للقيام بالأنشطة التعليمية التي تتوفر عادة للعاديين

تجدر الإشارة إلى أن «بيترسون» (١٩٨٧Peterson,) ذكر أن البيئة الأفضل هي تلك البيئة التي تتمتع بأربع خصائص هي:

الأولى – أنها توفر للطفل ثلاثة أنواع من الاستثارة: الحسية والوجدانية، والاجتماعية.

الثانية – أنها توفر للطفل استثارة تدعم وتطور النمو اللفظي.

الثالثة – أنها توفر للطفل تشجيعًا لمهارة حل المشكلات، والقدرة على الاستكشاف.

الرابعة – أنها بيئة توفر للطفل آثارًا ونتائج إيجابية لما يقوم به من استدلال لفظي.

كما تجدر الإشارة إلى أن نتائج العديد من البحوث والدراسات كشفت عن أن البيئات التي يعاني فيها الأطفال من الحرمان – بكافة أشكاله وأنماطه – تؤدي إلى سلوكيات لا تكيفية، وتأخر في النمو بين أطفالها. وإنه إذا انتقل هؤلاء الأطفال المحرومون إلى بيئة تتوفر فيها الاستثارة المبكرة والعميقة، فإن ذلك يمكن أن يغير أنماط السلوكيات غير المقبولة.

السادس: أن برامج التدخل المبكر بمقدورها أن تحدث فرقًا دالاً في تطور ونمو الأطفال الصغار. ويستطيع القائمون على هذه البرامج أن يحققوا هذا التطور النمائي بدرجة أسرع من جهود العلاج المتأخر الذي يبدأ مع التحاق الطفل بالمدرسة. كما أنها – أي برامج التدخل المبكر – تقلل من احتمالات ظهور إعاقات ثانوية عند الطفل، وأن تزيد من فرص اكتساب المهارات النمائية التي تتأخر، أو لا يتعلمها الطفل.

جدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من البحوث التقويمية[1] حول الآثار بعيدة المدى لبرامج التدخل المبكر، هي:

النوع الأول – البحوث التاريخية المبكرة التي تم فيها نقل أطفال متخلفين عقليًا، أو متأخرين نمائيًا[2] من بيئاتهم المحرومة إلى بيئات أكثر استثارة، أو تم فيها تقديم أشكال إضافية من الاستثارة في بيئتهم الأصلية.

---

١ – بحوث تقويمية Evaluation research

يقصد ببحوث التقويم: تطبيق المبادئ العلمية، والطرق، والنظريات للتعرف على العوامل ذات الأهمية في توفير برامج الخدمات الاجتماعية، والتربوية، والعلاجية، وغيرها من البرامج التطبيقية الفعالة، ووصفها، وتطورها، وقياسها، والتنبؤ بها، وتغييرها، وضبطها. ويعتبر المنهج التجريبي – بصفة عامة – أكثر المناهج أهمية، ويهتم بوجه عام، باكتشاف فاعلية الطرق الجديدة لمعالجة مشكلة معينة إذا قورن بالطرق التقليدية

٢ – التأخر في النمو Developmental

النوع الثاني – البحوث التي أجريت حول برامج التعليم المبكر للإثراء، أو برامج للتدخل العلاجي مع أطفال من أسر ذات دخل منخفض، أو يعيشون في بيئات غير ملائمة.

النوع الثالث – الدراسات التقييمية المباشرة لنتائج برامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين

السابع: أن برامج التدخل المبكر تساوى – من حيث الأهمية – بالنسبة للطفل المعاق، وبالنسبة للوالدين، بل وبالنسبة لكل أعضاء الأسرة. يبدو هذا جديًا في ضوء أن العلاقة بين سلوك الطفل الصغير وسلوك والديه هي علاقة دائرية. ويمكن بيان ذلك بأنه عندما يصبح الطفل أكثر استجابة وسهل القيادة، فإن دور الأم – الأب يصبح أكثر إثابة، وأقل عبئًا، وفي المقابل عندما تكون الأم – الأب أكثر استجابية، وأكثر مهارة كمعلم ومربي، يزداد احتمال اكتساب الطفل للمهارات النمائية والتكيفية.

وفي نفس الاتجاه يمكن القول أن آباء الأطفال المعاقين لديهم العديد من الاحتياطات الخاصة التي يمكن لبرامج التدخل المبكر تلبيتها، ولعل الحاجتين التاليتين تأتيان في مقدمة هذه الاحتياجات:

الأولى: أن برامج التدخل المبكر تقدم دعمًا ومساندة للآباء والأمهات خلال الفترة التي تكون مشاعرهم وأحاسيسهم حول عجز الطفل في أقصى درجاتها، ذلك أنه أثناء هذه المرحلة تتشكل اتجاهاتهم، والأنماط الجديدة للتفاعل مع الطفل.

يطلق مصطلح التأخر في النمو على الأطفال المتأخرين في النمو، والذين لا تتطور مهاراتهم النمائية طبقًا لإطار زمني محدد. وبعض الأطفال الذين يعانون من نقص في النمو يمكنهم اللحقا بنظرائهم المتقدمين في النمو؛ في حين أن آخرين منهم لا يستطيعون ذلك، ويظلون على نفس حالتهم أعني العجز عن النمو. تجدر الإشارة إلى أن مصطلح التأخر في النمو، أو عدم القدرة على النمو يستخدم كتعبير بديل عن التأخر العقلي، أو الإعاقة العقلية لدى الأطفال الصغار في عمر خمس سنوات.

الثانية: أن برامج التدخل المبكر تساعد الآباء والأمهات في اكتساب المهارات اللازمة للتعامل مع الاحتياجات اليومية العادية المتوقعة لأطفالهم المعاقين. ذلك أن الآباء قد لا يكون بمقدورهم – على نحو ملائم – أن يقوموا بأدوار أو وظيفة تربية الطفل بسبب غياب المعرفة لديهم، أو بسبب وقوعهم تحت ضغوط كبيرة كنتيجة طبيعية للأعباء الكبيرة التي تتطلبها تربية الطفل المعاق، أو لافتقادهم لأساليب الدعم والمساندة الضرورية.

الثامن: أنه ما دام علميًا وعمليًا أن برامج التدخل المبكر:

(أ) يمكن أن تقلل أعداد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة في المدارس، أو تقلل كثافة هذه الخدمات.

(ب) يمكنها – مع اتخاذ إجراءات وقائية محددة قبل البدء فيها – أن تقلل عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية كاملة في مؤسسات الإيواء كنتيجة لتقليل اعتمادهم على الآخرين.

يمكن القول إذن بناءً على ما ورد في النقطتين أ ،ب

فإنه من المتوقع أنه سيكون بمقدور برامج التدخل المبكر أن توفر للدولة مبالغ ضخم يمكن للدولة استخدامها في تقديم المزيد من خدمات التربية الخاصة إلى كثير من الأفراد المعوقين في المجتمع.

وتنقل «سماح سالم» (٢٠٠٥ / ٧٨)عن كل من «لانديزمات ورامي».

«Landesman, S & Ramy, C.١٩٩٨»

أن دراستهما أثبتت فاعلية التدخل المبكر، وذكرت الدراسة أنه خلال العقود الأربعة الأخيرة من القرن الماضي أثمرت برامج التدخل تحسنًا في المهارات المعرفيّة والأكاديمية لدى الأطفال ذوي الصعوبات، أو الأطفال ذوي اضطرابات النمو. وتضيف أنهما اقتراحًا ستة مبادئ أساسية يجب وضعها في الاعتبار وهي:

الأول – التوقيت النمائي (توقيت النمو) Developmental tining

فالتدخل الذي يبدأ مبكرًا، ويستمر أطول فترة ممكنة، تكون نتائجه أكثر فاعلية من التدخل الذي يبدأ متأخرًا وينتهي سريعًا.

الثاني – تكثيف البرنامج Program intensity

ويشير هذا المبدأ إلى أهمية تقديم برنامج التدخل بشكل مكثف، بمعنى زياد عدد ساعات التدخل خلال اليوم، وعدد الأيام على مدار الأسبوع، وعدد الأسابيع على مدار العام، وأنه لتحقيق الكثافة المطلوبة، فإن مشاركة الوالدين المستمرة والمنتظمة تضمن للبرنامج النجاح والفاعلية.

الثالث – خبرات التعلم المباشرة

learning experiences Direct provision of

ذلك أن التدخل الذي يقدم خبرات تعليمية مباشرة للأطفال هو الأكثر فاعلية من التدخل الذي يشتمل على وسيط للتدخل، كأن يعتمد البرنامج على تدريب الوالدين فقط.

الرابع – مرونة البرنامج Program Flexibility

وهو مبدأ يشير إلى ضرورة أن تتضمن برامج التدخل خدمات، ووسائل متعددة، تستخدم جميعها أو ينتقي منها ما هو مناسب لتحسين نمو الطفل.

الخامس – مراعاة الفروق الفردية في الاستفادة من البرنامج:

Individual Differences in program benefits

ذلك أن بعض الأطفال يظهرون استفادة عالية من برامج التدخل أكثر من غيرهم، وربما ترتبط هذه الفروق بحالة الطفل منذ البداية، وشدة أو درجة توحده.

السادس – السيادة للايكولوجية واستمرار السيطرة البيئية على النمو:

Ecological Dominion and Environmental maintenance of development

وهذا المبدأ يلقي الضوء على دور البيئة في الحفاظ على النجاح الذي يتحقق من خلال برامج التدخل المبكر، ويشير إلى أن احتفاظ الطفل بالتعلم الذي اكتسبه خلال البرنامج يتوقف على مساندة وتدعيم البيئة.

ثانيًا: القضايا ذات الصلة بالتدخل المبكر:

على مدار السنوات القليلة الماضية كانت هناك العديد من العلاجات المطورة للأطفال التوحديين والتي نتجت عن وجهات نظر ومنطلقات نظرية مختلفة، وهذه المنطلقات تشمل: برامج التدخل السلوكية، وبرامج التدخل النمائية، وبرامج التدخل المعرفية السلوكية. وفي حين يقوم كل برنامج من هذه البرامج على فلسفة مختلفة ويستخدم استراتيجيات تدخل ينفرد هو بها، إلا أن هناك أيضًا تداخل كبير في مكونات جميع تلك البرامج.

كما أن هناك جانبان للتدخل شائعان في معظم برامج التدخل المصممة لاضطرابات طيف التوحد ذات الدعم الإمبريقي والتجريبي وهما كثافة البرنامج وعمر الطفل الذي يجب أن يبدأ التدخل عنده. وبناء على مراجعة برامج الأطفال التوحديين يقرر كل من «داوسون و اوستيرلينج» Dawson and Osrerling (١٩٩٧) أن معظم البرامج تتضمن من ١٥ – ٢٥ ساعة تدخل أسبوعيًا. وهناك

أيضًا دليل أمبريقي (أو برهان تجريبي) على أن الأطفال الذين يدخلون في البرامج وهم أصغر سنًا يفيدون أكثر مقارنة بمن يدخلون في البرامج وهم اكبر سنًا (Harris & Handleman, ٢٠٠٠; sheinkopf & Siegel, ١٩٩٨). وهذه الدراسات بوجه عام تقارن بين الأطفال الأكبر والأصغر من ٤ أو ٥ سنوات. وإحدى هذه الدراسات التي قارنت بين الأطفال الأصغر سنًا والأكبر سنًا من ثلاث سنوات لم تجد فروقًا عمرية في التحسن الذي يطرأ على الطفل (Luiselli, Cannon, Ellis & Sisson ٢٠٠٠)، الأمر الذي يوحي بأن عمر الرابعة هو عمر صغير بدرجة تكفي لأن يؤدي إلى حدوث مكاسب ذات دلالة ومغزى. وهناك عنصر قد يكون معقدًا وهو أن الأطفال يميلون إلى الحصول على مكاسب متعلقة بمعامل الذكاء بصرف النظر عن التدخل في أعمار صغيرة (Gabriels, Hill, Pierce, & Wehner, ٢٠٠١; Lord & Schopler, ١٩٨٩). ويؤدي ذلك أيضًا إلى صعوبات في تفسير التغيرات في درجات معامل الذكاء، والتي كثيرًا ما تستخدم كقياس للمخرجات والعوائد.

ويمكن القول أن معظم برامج التدخل المبكر تكون مصممة للأطفال في عمر ما قبل المدرسة، برغم أنها يمكن أن ينخرط الأطفال الأصغر سنًا في برامجها أيضًا. ولهذا لم يكن بمقدور الباحثين، إلا في وقت حديث التعرف على الأطفال الصغار ذوي التوحد في عمر الثانية. وهناك القليل من البرامج المصممة خصيصًا للأطفال في المرحلة العمرية من الميلاد وحتى عمر الثالثة. وفي هذا الجزء من الفصل نذكر أولاً البرامج المصممة خصيصًا للفئة العمرية من الميلاد وحتى عمر الثالثة، ثم نتناول برامج ما قبل المدرسة المتاحة بشكل واسع النطاق، وأخيرًا نتناول برامج ما قبل المدرسة الأقل توفرًا.

القسم الثالث – أشكال برامج التدخل المبكر:

أولا - برامج التدخل المبكر المصممة للأطفال الصغار (الدارجين)[1]

Early intervention programs designed for toddlers

١ – برنامج والدين للأطفال الدراجين Walden Toddler program .

إن برنامج والدين للأطفال الدراجين (McGee, Morrir, & Daly, ٢٠٠١) هو برنامج مصمم خصيصًا للأطفال الصغار جدًا ذوي التوحد. ويقوم هـذا البرنـامج على نموذج الرعاية اليومية المثالية مع التركيز على استخدام التعليم العرضي والدمج الاجتماعي. فالتعليم العرضي هـو طريقـة للتحليـل السـلوكي التطبيقـي Applied Behavor (Analysis (ABA تستخدم المبـادئ السـلوكية داخـل سياقات الـتعلم الطبيعية. وتشمل البيئة – في ضوء هذا النمط من الـتعلم – لعـب وأنشـطة تجـذب الأطفال الصغار، ويتوسع الكبار في فنيات هذه الطريقة بناء على المطالب والأنشطة التي يبادر بها الطفـل الصـغير. والبرنـامج محكـم البنـاء تمامًـا ويسـير نحـو تحقيـق الأهداف الفردية من خلال أنشطة يتم لها التخطيط جيـدًا فهـي أنشـطة مدروسـة. ويشمل البرنامج الأطفال الدارجين النمطيين والأطفال الـدارجين التوحـديين، في المرحلة العمرية ما بين ١٥ – ٣٦ شهرًا. ولا توجد دراسات أمريقيـة تجريبيـة ذات عينات ضابطة في هذا البرنامج، ولكن بيانات تقييم البرنامج وجدت أن ٨٢ ٪ مـن الأطفال الدارجين كانوا يستخدمون كلمات ذات معنى عندما غادروا البرنامج وأن ٧١ ٪ من الأطفال قد طرأ عليهم تحسن في اقترابهم من الأطفال الآخرين.

وجدير بالذكر أن «برنامج والـدين» Walden Program (وأيضًـا برنـامج ليـب The LEAP Program) همـا نموذجـان يمـثلان الـبرامج السـلوكية الجديـدة Neobehauioral Program نسـبيًا، وهـي بـرامج تلجـأ إلى اسـتخدام التـدريب

---

١ - Toddler الطفل الدارج هو طفل العامين الذي لم يزل يمشي بخطى قصيرة قلقة.

السلوكي في مواقف طبيعية لتطوير تفاعلات اجتماعية مع الرفاق، ومهارات تواصل.

٢ – مدخل التواصل الاجتماعي البراجماتي

Social pragmatic communication approach

كما طورت «إيمي ويزربـاي» (Amy ١٩٩٩Wetherby & Prizant,) Wetheraby أيضًا استراتيجيات لتدريس التواصل للأطفال الدارجين ذوي اضطرابات طيف التوحد، والتي تقوم على المدخل النمائي للتواصل البراجماتي (الواقعي). فهي لم تطور برنامجًا للتدخل الشامل وإنما ركزت استراتيجياتها للتدخل على تنمية التواصل الاجتماعي البراجماتي (الواقعي) للأطفال الأصغر من سن ثلاث سنوات. وعند تطبيق هذا المدخل يتم التركيز على أهمية التدريس في سياقات طبيعية باستخدام أسلوب تيسيري وليس أسلوبًا توجيهي، مما يزود منفذ البرنامج كما يزود الطفل بفرص للتواصل ويعزز باستمرار وبشكل عرضي محاولات التواصل (١٩٩٩Whereby & Prizant,). وهناك استراتيجيات أخرى تستخدم في تدريس التواصل للأطفال الصغار جدًا وتشمل تضمين وسائل الدعم والمساندة البيئية لخلق بيئة متوقعة أو مألوفة وتعليم أقران هؤلاء الأطفال المبادرة والاستجابة للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد.

٣ - البرامج الشاملة (أو نماذج التدخل المبكر لتعليم التفاعلات الاجتماعية)

Comprehensive programs

هناك العديد من البرامج الشاملة للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد، من بين أكثرها شيوعًا النماذج الخمسة التالية:

النموذج الأول:

نموذج التدخل النمائي أو مدخل جرين وويدر سبان (Greenspan approach Greemspan & Wieder, ١٩٩٧).

النموذج الثاني:

نموذج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل المعروف باسم نموزج تيتش The teach Model (Marcus, Lansing, Andrews, & Schopler, ١٩٧٨; Mesibv ١٩٩٧) ;Schopler, ١٩٨٢.

النموذج الثالث

مشروع جامعة كاليفورنيا بـ «لوس أنجليس» للتوحديين والذي يرمز له بالحروف الأوائلية أوكلا (Ucla ١٩٨٧Lovaas,).

النموذج الرابع:

برنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة والذي يطلق عليه برنامج ليب The Leap.

النموذج الخامس:

نموذج Denver. جدير بالذكر أن أغلبية هذه البرامج طورت للأطفال في عمر ما قبل المدرسة أو أكبر من ذلك بقليل؛ باستثناء برنامج والدين الذي صمم خصيصًا للأطفال الدارجين.

ومعظم النماذج المتاحة يغلب عليها الطابع الوصفي غير قائم على الدراسة الإمبريقية التجريبية. ولا يوجد دليل تجريبي حاليًا لتفوق أحد البرامج على البرامج الأخرى.

ومما تجدر الإشارة إليه أن هناك العديد من العناصر المشتركة بين هذه البرامج، بالرغم من اختلافها اختلافًا كبيرًا في فلسفتها.

(١) فجميع هذه البرامج تشمل الأطفال الصغار جدًا (من يتراوح متوسط أعمارهم بين ٣٠ – ٤٧ شهر)، بجانب المشاركة النشطة للأسرة والكثافة في عدد الساعات (١٢ – ٣٦ ساعة أسبوعيًا).

(٢) وبالإضافة إلى ذلك، ففي معظم برامج ذات النماذج يكون فريق العمل مدربًا جيدًا ومتمرسًا على العمل مع الأطفال التوحديين وتكون البيئة الطبيعية بيئة داعمة ومساندة لأقصى درجة ممكنة. ولكن من المهم ملاحظة إمكانية أن يتباين مستوى الخبرة والتدريب – بين أفراد فريق العمل – تباينًا كبيرًا، وبالأخص عند تكييف أو ضم برامج النماذج في النطاق العام.

(٣) كما أن جميع البرامج تركز على المهارات النمائية وتحقيق الأهداف، كما أنها تحتوي على تقييم موضوعي مستمر لما أحرزه البرنامج من تقدم.

(٤) وتستخدم البرامج أيضًا استراتيجيات تدريس مصممة لتعميم المهارات واستمراريتها، بجانب خطط التدخل الفردية القائمة على نقاط القوة لدى الطفل وحاجاته، والانتقال المدروس المخطط له من عمر ما قبل المدرسة إلى عمر المدرسة. وفي حين توجد العديد من نقاط التشابه بين هذه البرامج إلا أنه لكل برنامج محور تركيز مختلف ولكل برنامج ملامح وخواص تعريف فريدة. وسوف نستعرض فيما يلي هذه البرامج كل برنامج على حدة.

النموذج الثاني – علاج وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل ذات الصلة بالتوحد أو (برنامج تيتش).

برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل ذات الصلة بالتوحد هو برنامج تدخل على مستوى الدولة قائم على ما يقدمه المجتمع المحلي ويركز على التنظيم البيئي ووسائل الدعم البرية، وتفريد الأهداف، وتدريس المهارات الاستقلالية والمهارات النهائية. ويتباين السياق الذي يتم فيه تنفيذ البرنامج طبقًا لقدرات كل طفل وحاجاته فيمكن تنفيذ البرنامج في (فصل مكتف ذاتيًا، أو في فصل مدمج، أو في بيئة المنزل). ويتم تصميم استراتيجيات التدريس بحيث تكون ذات مغزي للطفل التوحدي ومن ثم تقدم أنشطة البرنامج داخل البيئة الطبيعية وداخل السياق الذي يعيش فيه الطفل التوحدي وينظر برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل إلى اضطرابات طيف التوحد باعتبارها تستمر مدى الحياة. ولذلك هو يركز من البداية على المهارات المهمة لاستقلال الطفل في سنوات مستقبله. وإحدى نقاط القوة لبرنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل هي تركيزه على التدخل خلال دورة الحياة والقائم على المجتمع Lifespan and community – based intervention وإحدى نقاط ضعفه هي الافتقار إلى الدراسات الإمبريقية والتجريبية للبرنامج.

وعلى الرغم من أن برنامج معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل موجودًا منذ أكثر من ثلاثين عامًا، فإن هناك عدد قليل نسبيًا من الدراسات الإمبريقية التجريبية له. فهناك دراستان تقارنان تدخلات معالجة وتعلم الأطفال التوحيديين وذوى إعاقات التواصل مع التدخل التربوي العام فقط . ولقد وجدت الدراستان فروقًا ذات دلالة في الدرجات على النموذج النفس تربوي – الذي يخضع للتعديل عند اختيار المتابعة (Ozonoff & Cathcart, ١٩٩٨ ; Panerai,

Ferrante, & Zingale, ٢٠٠٢. وقد ركزت دراسة واحدة منها فقط على الأطفال الصغار جدًا (Ozonoff & Cathcart, ١٩٩٨) وقارنت بين البرنامج المنزلي لمعالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل الذي استغرق عشر جلسات بالإضافة إلى الخدمات التي تزود بها المدرسة العامة من ناحية وخدمات المدرسة العامة بمفردها للأطفال في المرحلة العمرية من ٢ – ٦ سنوات من ناحية أخرى. ولقد اتضح أن الأطفال في مجموعة معالجة وتعليم الأطفال التوحديين وذوي إعاقات التواصل كانوا أصحاب الدرجات الأعلى بشكل ذي دلالة على النموذج النفسي التربوي المعدل، وذلك مقارنة بالأطفال في المجموعة الضابطة بعد أربعة أشهر من التدخل. ولقد كانت المجموعات في هذه الدراسة صغيرة ولكنها كانت متكافئة في العمر ودرجات الاختبار القبلي على النموذج النفسي التربوي المعدل وحدة اضطراب التوحد كما لم يكن اختيار المجموعات عشوائيًا.

ومما هو جدير بالذكر أن التعليم المنظّم Structured teaching يمثل طابعًا مميزًا لبرنامج تيتش. ومن ثم هناك خمس ركائز لهذا النمط من التعليم ووراء تطبيقها عدد من الأسباب هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى هناك أيضًا كيفية محددة لتطبيق كل ركيزة على حدة، وذلك على النحو التالي:

الركيزة الأولى – تكوين روتين محدد Establishing Routine ويشمل الروتين الجوانب التسع الآتية بالإضافة إلى ما شابهها من جوانب:

(١) تسلسل الأحداث خلال اليوم.

(٢) تسلسل الأحداث خلال الأسبوع.

(٣) كيفية البدء في نشاط ما.

(٤) السير وفق خطوات هذا النشاط.

(٥) الانتقال إلى النشاط التالي.

(٦) توقع حدوث النشاط (متى سيقع النشاط).

(٧) مقدار الوقت (المدة) التي يستغرقها كل نشاط.

(٨) ما يتعلق بالنشاط من مواد، وأشخاص، وكيف عرض النشاط.

(٩) الأماكن التي ستمارس فيها الأنشطة.

ومن ثم يقوم المسئولون عن تعليم الطفل التوحدي بتوضيح تسلسل الأحداث اليومية سواء في المنزل أو في المدرسة، وذلك من خلال اتباع روتين معين يشمل الجوانب التسعة السابقة. ولا يعني هذا أن تكوين روتين محدد يشمل هذه الجوانب أنه ينبغي أن يطبق بشكل حازم وبدون أدنى تغيير، بل بمعنى أنه في حال تغيير أوضاع معينة بالنسبة للطفل التوحدي، يتعين حضور الطفل لهذا التغيير من خلال عرض صور عليه تشير إلى ما حدث من تغيير، على أن تكون هذه التغييرات محدودة من حيث عددها، ولا ينبغي تغيير عدة أمور في وقتٍ واحد.

الركيزة الثانية: التنظيم الفيزيقي (المكاني) أو تنظيم المساحات:

Physical structure

ذلك أن بعض الأطفال التوحديين يجدون صعوبة في فهم التنظيم المادي أو المكاني للمساحات المتاحة في البيئة لاسيما إذا كان هذا الطفل تلميذًا في مدرسة ومن ثم يتعين تنظيمها بشكل يفهمه الطفل، وذلك من خلال تحديد بداية ونهاية المسارات مثل مكان اللعب الحر، ومكان الانتظار، ومكان الكرسي، والمكان الخاص بالتلميذ نفسه. ومع التسليم، بأن الأطفال التوحديين قد لا يواجهون جميعًا صعوبة في تنظيم المساحات والأماكن، إلا أنه إذا لوحظ أن بعضهم يواجه مثل هذا الصعوبات، فإن ذلك يشير إلى احتياج الطفل إلى تنظيم المكان في البيئة.

وتشير بعض الكتابات المتخصصة إلى أن من علامات احتياج الطفل التوحدي إلى تنظيم البيئية أو السياق الذي يعيش فيه ما يلي:

(١) أن الطفل يكثر تجوله دون اتجاه معين وكأنه يبحث عن شيء.

(٢) أن الطفل يكثر تعثره في الأشياء وفي الوقوع على الأرض.

(٣) أن الطفل يعاني تأخرًا عقليًا شديدًا.

(٤) أن الطفل لا يزال صغيرًا في السن.

(٥) أن الطفل يصعب عليه التنقل من مكان مارس فيه نشاط، إلى مكان آخر، فقد يتوقف في مكانه، أو قد يتجه إلى مكان غير المكان المطلوب.

(٦) أن الطفل يواصل غلق وفتح الأبواب بشكل متكرر.

الركيزة الثالثة: الجداول اليومية (الفردية) Daily Schedule

نظرًا للصعوبات التي يواجهها الأطفال التوحديين في فهم الوقت، وتسلسل الأحداث اليومية، كان من الضروري استخدام جداول فردية تعرفهم تسلسل الأحداث اليومية. وهذه الجداول تساعدهم على تنظيم وقتهم، وفهم البيئة من حولهم، ومعرفة الأحداث اليومية، والأسبوعية، والشهرية، والسنوية.

وحين يعرف هؤلاء الأطفال تسلسل الأحداث ويتمكنون من التنبؤ بما يحدث لهم خلال يومهم، تنخفض درجة التوتر لديهم بما يساعدهم على التعلم إلى حد كبير.

الركيزة الرابعة: تنظيم العمل: Work system

كذلك يصعب على الأطفال التوحديين فهم بداية ونهاية كل نشاط وحتى يكون بمقدور القائمين على عملية تعليمهم معالجة هذه الصعوبة يتعين عليهم تنظيم العمل بشكل يوضح للتلميذ التوحدي الأمور الأربعة التالية:

الأول – ما هو المطلوب منه عند بدء النشاط وعند نهاية النشاط؟

الثاني – ما هو مقدار العمل؟

الثالث – كيف يعرف الطفل أن العمل قد انتهى؟

الرابع – ما هو النشاط التالي لهذا العمل؟

الركيزة الخامسة – التعليمات البصرية Visual Instruction

يقصد بمصطلح التعليمات البصرية إعطاء الطفل (التلميذ) التوحدي إرشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة. فعلى سبيل المثال إذا أردنا أن يتعلم التلميذ التوحدي غسل اليدين، يقوم المعلم بعرض عددٍ من الصور، تدل كل صورة منها على خطوة من خطوات العمل وتلصق هذه الصور على الحائط أمام الحوض الذي يقوم الطفل فيه بغسل يديه (وفاء الشامي، ٢٠٠٤، ج ٣ : ٣٩).

ثانيا _ برامج ما قبل المدرسة المتاحة على نظام واسع

١ - برامج التحليل السلوكي التطبيقي[1]

Applied behavioral analysis program

يعد التحليل السلوكي التطبيقي أحد أنواع التدخل المرغوبة ذائعة الصيت. فكثيرًا ما يربط الآباء والمهنيون بين اسم إيفار لوفاس Lvar Lovaas وصيغة المحاولات المنفصلة للتعليم باستخدام التدخل عبر التحليل السلوكي التطبيقي وترجع شعبية برنامج التدخل الذي أعده لوفاس Lovaas جزئيًا لدراسته التي أجراها عام ١٩٨٧ (,١٩٨٧Lovaas) وكتاب كاثرين ماووريس Catherine

---

١ - تحليل السلوك behavior analysis

طريقة أو نموذج قدمه ب. ف سكنر، وهو نموذج يعتمد على التحليل التجريبي للسلوك. ومن المفاهيم الأساسية لهذه الطريقة هو الإقتناع بأن موضوع علم هو التفاعل الذي يمكن أن نلاحظه بين الفرد، والحوادث البيئية كما يتحدد بصورة مادية ووظيفية (أي مثيرات وكائنات أخرى، والفرض الوظيفي). وهناك مفهوم أخر تقوم عليه هذه الطريقة وهو أن بعض الاستجابات يتم تشريطها (أي الربط بينها عن طريق الاشتراط) بمثيرات سابقة (وهناك اشتراطان هما الاشتراط الإجرائي والاشتراط البافلوفي) وبعضها يتم تشريطها بمثيرات لاحقة (باستخدام الاشتراط الإجرائي) والذي يمكن أن يستخدم في إحلال استجابة مرغوبة محل استجابة غير مرغوب فيها (وذلك في تعديل السلوك) (جابر وكفافي، ١٩٨٩ : ٣٨٢).

Maurice (Maurice, ١٩٩٣)، حيث يزودنا كلاهما بتفسيرات للتحسن الملحوظ كما أنهما يستخدمان مصطلح «الأداء الوظيفي العادي Normal functioning » في أفضل مجموعة مخرجات للأطفال التوحديين الذين يطبق عليهم برنامج تدخل المحاولة المتقطعة أو المحاولات المنفصلة.

وحقيقة الأمر إن المحاولات المنفصلة (غير المترابطة) وطريقة لوفاس Lovaas هي مجرد نوع واحد محدد من التدخل باستخدام العلاج السلوكي التطبيقي، والذي يشمل عددًا من استراتيجيات وبرامج التدخل الأخرى القائمة على المبادئ السلوكية، وهذا ليس فقط في اضطرابات طيف التوحد وإنما في علم النفس بوجه عام.

وأما مشروع جامعة كاليفورنيا بلوس أنجليس والذي يرمز إليه اختصارًا بالأحرف الأوائلية «أوكلا Ucla» للتوحديين الصغار فإنه يستخدم طريقة لوفاس Lovaas للتدخل وبالأخص برنامج التدخل بالمحاولات المنفصلة (غير المترابطة) والذي ينفذه معالجو التحليل السلوكي التطبيقي المدربون في سياق التدريب وجهًا لوجه تحت إشراف مدربين. ويكون تركيز برنامج التدخل باستخدام طريقة لوفاس في العام الأول على المحاكاة والتفاعل واللعب والاستجابة للمطالب الأساسية التي تطلب من الطفل. وفي العام الثاني ينتقل التركيز إلى العمل المستمر لتنمية اللغة ووصف الانفعالات والمهارات ما قبل الأكاديمية. ولتدريس التعميم يمارس الأطفال المهارات في مواقف أخرى ومع أشخاص آخرين بمجرد إتقانهم لها في سياق التدريب وجهًا لوجه (أو قد يطلق عليه تدريب واحد أمام واحد).

وتشير الكتابات ذات الصلة أن تعديل السلوك، وتحليل السلوك، وتجزئة المهام جميعها تضمنها برنامج لوفاس، وجميعها تقوم على فكرة أن السلوك الإنساني متعلم، وأن هذا السلوك المتعلم يحكمه عاملان هما السوابق Antecedents واللواحق

(التوابع أو النتائج) Consequences ولهذا فإن السلوك الذي يصدر عن الطفل يمكن أن يتم التحكم فيه، وأن المهارات الجديدة يمكن تعلمها عن طريق التحكم في المثير المقدم للطفل (سوابق السلوك)، وتقديم التعزيز الفوري بعد الاستجابة (لواحق السلوك)

وهذا الفكر مستمد من مبدأ «سكينر» في الاشتراط (١٩٦٠) ومضمونه أن الاستجابات التي تقود إلى تعزيز تقوى وتتكرر، وأن الاستجابات التي تقود إلى عقاب تضعف وتتلاشى، ولم يكن «سكينر» قد أسس هذا المبدأ للأطفال التوحديين، إلا أن استخدامه معهم أثبت فاعلية كبيرة منذ أن استخدمه «لوفاس» (١٩٨٧).

وقد أطلق «لوفاس» على هذا النموذج السلوكي نموذج ABA لتشير (A) إلى السوابق Antecedents، وتشير (B) إلى السلوك Behavior وتشير (C) إلى اللواحق Consequences وقد استخدم «لوفاس» المعززات المادية (الملموسة Tangible reward وتجنب العقاب المصاحب بكلمة «لا» للاستجابات الخاطئة، بالإضافة إلى فنيات تعديل السلوك، وقد ركز برنامج ABA على التدخل المكثف القائم على التدريس الفردي واحد لواحد – كما سبقت الإشارة – لمدة أربعين ساعة أسبوعيًا لمدة لا تقل عن عامين. وقد أكد البرنامج على أن يتم التدريس في ضوء وضع العوامل الأربعة التالية في الاعتبار:

(١) تجزئة المهام إلى خطوات صغيرة.

(٢) التعزيز.

(٣) وضوح التعليمات.

(٤) تقديم المساعدة اللازمة للطفل.

وتمثل المشاركة الأسرية عنصرًا مهمًا من عناصر هذا البرنامج، فقد وجد الباحثون أن المهارات التي تم تعلمها في العيادات، والفصول الخاصة لا تنتقل إلى البيئة المنزلية إلا إذا كانت هناك مشاركة من الوالدين في البرنامج.

ويتضمن المنهج الخاص ببرنامج ABA مجموعة برامج مثل: رعاية الذات، والمهارات الاجتماعية، ومهارات اللعب، والمهارات اللغوية، والمهارات الأكاديمية، والتي يتم تنظيم كل منها إلى مستويات متدرجة من حيث الصعوبة لذلك تكون البداية بسيطة للغاية متضمنة مهارات أولية، ويتم البناء عليها. وتحديد البرامج التي سوف يتم تدريب الطفل عليها ضمن البرنامج من الخطوة التي تحدد منهج كل طفل. كما أن تحديد البرامج الخاصة بكل طفل يتم تجهيزها بطريق تسمح لأي شخص أن يعرف ما هي التعليمات التي عليها إعطاؤها للطفل كي يستجيب، وكيف يستخدم الأدوات الخاصة بكل برنامج، والاستجابة المقبولة من الطفل.

ومما هو جدير بالذكر أن مشروع جامعة كاليفورنيا بلوس أنجيلوس «أوكلا Ucla» للتوحديين الصغار قد خضع للدراسة الإمبريقية والتجريبية، وأكثر الدراسات الإمبريقية الموثقة شيوعًا هي دراسة لوفاس Lovaas) ١٩٨٧Lovaas). ففي الوقت الذي بدأ فيه العلاج بأسلوب لوفاس، كان متوسط عمر الأطفال ٣٥ شهر في المجموعة التجريبية و ٤١ شهر في المجموعة الضابطة. تلقت المجموعة التجريبية تدخلاً لمدة عشر ساعات في الأسبوع واستمر ذلك لفترة تتراوح بين ٢ – ٣ سنوات. وكانت هذه الدراسة هي التي أوجدت اعتقادًا بأن الأطفال التوحديين يحتاجون إلى برنامج تدخل مدته أربعين ساعة أسبوعيًا على الأقل. ولقد استخدم لوفاس) ١٩٨٧Lovaas) مصطلح «الأداء الوظيفي الطبيعي Normal Functioning » في هذه الدراسة (ص ٩)، واستخدم معامل الذكاء والتسكين بالحجرة الدراسية كمتغيرات تابعة في هذه الدراسة. ومن الواضح أن الآباء

والأمهات قد تأثروا إلى حد كبير بما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج. وفي الدراسة التتبعية لهؤلاء الأطفال في أعمار تتراوح ما بين ٩ – ١٩ عامًا استمر أطفال المجموعة التجريبية في الحصول على معاملات ذكاء ودرجات أعلى على اختبار فاينلاند Vineland للنضج الاجتماعي maturity scale [١]، وذلك مقارنة بأطفال المجموعة الضابطة (١٩٩٣MvEachin, Smith & Lovaas,).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذه الدراسة تعرضت لانتقادات هائلة من بينها الاختيار غير العشوائي للمجموعات (فكان تحديد العمر أقل بالنسبة للأطفال بدون اللغة وكان شرطًا أن يحقق الأطفال عمرًا عقليًا معينًا كي يدخلوا ضمن أطفال الدراسة)، وبالإضافة إلى التوزيع غير العشوائي على المجموعات، كان هناك التباين الهائل في عدد ساعات التدخل بين المجموعتين التجريبية والضابطة. ولكن يتعين القول أن هذه الدراسة كانت إحدى الدراسات الإمبريقية التجريبية الأولى لبرنامج من برامج التدخل للأطفال التوحديين.

جدير بالذكر أيضًا أن هناك دراسة أخرى نشرت حديثًا (٢٠٠٠) عن طريقة لوفاس Lovaas في التدخل، والتي خاطبت بعض القضايا ذات الصلة بالدراسة الأولى الأصلية (٢٠٠٠Smith, Groen, & Wynn,). في هذه الدراسة، تلقت المجموعة التجريبية حوالي خمس وعشرين ساعة تدخل أسبوعيًا في حين تلقت المجموعة الضابطة خمس ساعات أسبوعيًا من التدريب الوالدي. وفي حالة التدريب الوالدي (تدريب يقوم به الوالدان في المنزل)، كان يطلب من الآباء العمل مع الأطفال في المنزل لمدة خمس ساعات أسبوعيًا، ثم يلتحقوا بفصول التربية الخاصة لمدة تتراوح ما بين ١٠ – ١٥ ساعة أسبوعيًا. ولقد حقق الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد في هذه الدراسة معاملات ذكاء تتراوح ما بين ٣٥ – ٧٥

---

١ –

درجة، وكانت أعمارهم الزمنية تتراوح ما بين ١٨ – ٤٢ شهرًا وقت التحاقهم بالبرنامج.

وكما حدث في دراسة «لوفاس» (١٩٨٧) حصلت المجموعة التجريبية على معاملات ذكاء أعلى من معاملات ذكاء المجموعة الضابطة خلال فترة المتابعة. ففي وقت المتابعة وذلك في المرحلة العمرية من ٧ – ٨ سنوات، كان ٢٧ ٪ من أطفال المجموعة التجريبية يدرسون في الفصول النظامية، ولقد حققوا زيادة قيمتها ١٦ نقطة في معامل بين المجموعتين. ولم تكن النتيجة مؤثرة كما كانت في دراسة لوفاس Lovaas الأصلية، حيث أوضحت النتائج أن ٢٧ ٪ فقط من الأطفال في هذه الدراسة هم أصحاب أفضل النتائج (ارتفاع معامل الذكاء عن ٨٥ والحضور في الفصول النظامية دون مساندة)، وذلك مقارنة بنسبة ٤٧ ٪ في دراسة «ماك إيتشين» (McEachin et al., ١٩٩٣). فكان متوسط الزيادة في معامل الذكاء نصف الذي سجلته دراسة «ماك ايتشين» McEchin ، وكانت تقديرات السلوك والمهارات التكيفية لا تزال تعد إشكالية في المجموعة التجريبية في دراسة سميث Smith . لقد حقق الأطفال مكاسبًا واضحة في هذا البرنامج ولكن ليس بنفس درجة التقدم التي سجلتها الدارستين الأصيلتين للباحثين لوفاس Lovaas وماك ايتشين McEachin. وتقترح دراسة سميث Smith ذات التصميم التجريبي الأفضل تصميمًا وذات العينة الضابطة أن الأطفال يحققون تقدمًا أكبر مما يمكنهم أن يحققوه في حالة التربية المبكرة والدعم أو المساندة الوالدية المركزة أو التدريب الوالدي المركز، ولكن الأطفال لا يتعافون عندما يتلقون حوالي خمس وعشرين ساعة أسبوعيًا من تدخل التحليل السلوكي المكثف أو التطبيقي وجهًا لوجه (واحدًا لواحد).

وهناك نموذج آخر لبرنامج التحليل السلوكي التطبيقي وهو مركز دوجلاس النمائي Douglass Developmental Center بمدينة Rutgers بولاية نيوجيرسي.

ولهذا البرنامج مستويات مختلفة، تبدأ بصيغة تدريب الأطفال الصغار جدًا واحدًا لواحد، ثم ينتقلون إلى حجرة دراسية صغيرة بنسبة ٢ : ١، ثم إلى فصل به أقران عاديين، وذلك باستخدام نموذج مشابه لبرنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة (برنامج ليب) والذي سنشير إليه بعد قليل. ولقد سجلت الدراسة التتبعية للأطفال في البرنامج أن العمر ومعامل الذكاء كان من الممكن من خلالها التنبؤ بالمخرجات (Harris & Hanfleman). ذلك أن حوالي ٣٣ ٪ من هؤلاء الأطفال حققوا معاملات ذكاء متوسطة عند انتهاء البرنامج. ومن المهم أن نسجل أن ٢٢ ٪ من الأطفال (أي ٦ من بين ٢٧ طفلاً قد حققوا تغيرات في معامل الذكاء من مستوى التأخر العقلي إلى مستوى متوسط. ومن بين هؤلاء الأطفال الستة، كان أربعة منهم (بنسبة ٦٧ ٪) في مرحلة عمرية تتراوح ما بين ٣ – ٤ سنوات، وكان اثنان منهم (بنسبة ٣٣ ٪) في مرحلة عمرية تتراوح ما بين ٤ – ٥ سنوات، وذلك في وقت بدء البرنامج. وعند انتهاء البرنامج التحق ثلاثة من هؤلاء الأطفال بالتربية الخاصة، والتحق اثنان بفصول الدمج مع المساندة، وتم دمج طفل واحد دمجًا كليًا دون مساندة.

ثالثًا – برامج ما قبل المدرسة الأقل توفرًا:

وفي وقت أكثر حداثة، أدت البحوث والدراسات السابقة – التي احتوت عليها الأدبيات – إلى بزوغ فنيات المحاولات المتضمنة وتدريب الاستجابة المحورية والتدريس العرضي. إلا أن هذه التقنيات أقل انتشارًا وأقل توفرًا بشكل واسع النطاق في الوقت الحالي، ولكنها واعدة بعض الشيء في مجال التدخل مع الأطفال التوحديين الصغار جدًا. وتشتمل الاستراتيجيات المعاصرة للتحليل السلوكي التطبيقي على طرق التدريس الطبيعية Naturalistic teaching methods مثل نماذج اللغة الطبيعة Natural language paradigms (Koegel, O,Dekk & Koegel,

١٩٨٧)، والتـدريس العـرضي Incidental teaching (Hart, ١٩٨٥; McGee, ١٩٩٩; McGee, Morrier & Daly, ١٩٨٥Krantz, & McClannahan, ; Charlo & Delay and milieu ١٩٨٥Charlop, Schriebman, & Thibodeau, ; ١٩٩٣; Kaiser ٢٠٠٠; Hwang & Hughes, ١٩٩١intervebtion Trasowech, ١٩٩٢Kaiser, Yoder, & Keetz,)، وتـدريب الاسـتجابة المحوريـة أو تـدريس السلوكيات الأساسـية ، Pivotal reponse training or teaching core behaviors ، مع اعتقاد أن ذلـك سـوف يـؤدي إلى حـدوث تغيـير في السـلوكيات والمهـارات الأخرى (Koegel, ١٩٩٥ Smith; Koegel, Camarata, Koegel, Ben –Ta;;, & ١٩٩٨). وهناك عناصر مشتركة بين هذه الطرائق تشمل التدريس داخل السياقات الطبيعية (أثناء اللعب وأثناء تناول الوجبات وأثناء العمـل وذلـك داخـل الحجـرة الدراسية وفي المنزل)، واستخدام المعززات الطبيعية (تعزيز الأطفـال وحـثهم عـلى الاستجابة عن طريق إعطائهم مـا يطلبونـه)، والمحـاولات المنتظمـة التـي ينشـئها الطفل (بحيث يبادر الطفل بالمحاولة).

ولا شك في أن المداخل السلوكية المعاصر قد أسفرت عن مخرجات جيدة بالنسبة لتدريس محتوى اللغة، بما يشتمل عليـه مـن مفـردات الكلمـة الواحـدة، ووصـف الأشياء والصور، والإجابـة عـن الأسـئلة، وزيـادة وضـوح الكـلام (Goldstein, ; Krantz, Zalwski, Hall, Febski, & ١٩٩٨; Koegel et al., ١٩٩٩ McClannahan, ١٩٨١). ولقد سجل أيضًا مـاكجي McGee وزمـلاؤه (١٩٩٩) مخرجات جيدة من خلال استخدام المعززات الطبيعية للتعبـير اللفظـي واسـتخدام التظليل في تعلم الكلام والتعلم العرضي. ولقد تم أيضًا تطبيـق المـداخل السـلوكية المعاصرة بشيء من النجاح في تدريس مهارات التواصل الوسع نطاقًا مثل التواصل الوظيفي الذي يؤدي إلى انخفـاض سـلوكيات التحـدي (Horner et al., ١٩٩٠;

Koegel, Koegel, & Surratt, ٢٠٠٠؛Horner, Carr, Strain, Todd & Reed, ١٩٩٢). وتعد اللغة التلقائية أصعب في تعليمها حيث تتطلب عددًا من طرق التدريس الطبيعية بالإضافة إلى طرق التدريس النمائية أيضًا (Watson, Lord, Schaffer, &Schopler, ١٩٨٩). والأطفال الذين يستخدمون قدرًا أكبرًا من اللغة التلقائية في مرحلة مبكرة من العلاج هم الذين يحققون مخرجات أفضل.

كما يتعين القول أن القليل جدًا من استراتيجيات التدخل حققت نجاحًا في استخدام السلوكية في تدريس المهارات مثل الانتباه المزدوج والقدرات الرمزية، والتي تركز على ما يعد قصورًا لدى الأطفال التوحديين. وعلى أية حال، هناك عدد قليل من الدراسات التي توثق حدوث قدر من النجاح في تدريس مهارات اللعب الرمزية باستخدام تدريب الاستجابة المحورية (Stahmer, ١٩٩٥؛ Thorp, Stahmer, & Schereibman, ١٩٩٥). وهناك دراسات أخرى أظهرت حدوث بعض التحسن في هذه المهارات ويشمل ذلك زيادة في القدرة على تركيز النظر؛ أو الحملقة لتنظيم التفاعلات الاجتماعية؛ والانتباه المزود لشخصين في آن واحد؛ والمشاركة الوجدانية الإيجابية؛ واستخدام الإيماءات المتعارف عليها. وكان هناك توثيق في وقت حديث أيضًا لنجاح التدريس الطبيعي لمهارات التواصل في تنمية الانتباه المزدوج لدى الأطفال ذوي التوحد (Buffington, Krabtz, McClannahan & Poulson, ١٩٩٨؛ Hwang & Hughes, ٢٠٠٠; Pierce & Schreibman, ١٩٩٥).

ومن بين البرامج التي تطبق في مرحلة ما قبل المدرسة أيضًا برنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة أو برنامج «ليب» The leap program

هناك تركيز على ضم الأقران في برامج التدخل، ذلك لأن الأطفال التوحديين لديهم صعوبة في تعميم المهارات التي تعلموها مع الراشدين في سياق تفاعلاتهم مع الأقران (BartaK & Rutter, ١٩٧٣). ويمكن النظر إلى أن ضم الأقران العاديين يعد مكونًا جوهريًا في كل من برنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة وبرنامج والدين Walden للأطفال الدارجين. ويشمل برنامج مهارات الحياة والتربية للتلاميذ ذوي التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة عشرة أطفال عاديين وستة أطفال توحديين ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٣ – ٥ سنوات في كل حجرة دراسية. ويحضر الأطفال التوحديين في الفصل العادي لمدة خمسة عشر ساعة أسبوعيًا. ويكون الفصل منظمًا ويضم أسلوب التدريس العرضي وغيره من طرق تدخل التحليل السلوكي التطبيقي. وتكون التدخلات موجهة بالنسبة للأطفال والراشدين في نفس الوقت. ويعد الأقران عنصرًا أساسيًا في البرنامج (Harris & Handleman, ١٩٩٤). وتتضمن فنيات زيادة التفاعلات والتي يتوسطها الأقران تعليم الأقران كيف يكونوا «منظمين للألعاب» Play Organizers. ولقد اتضح أن هذه الاستراتيجيات فعالة في زيادة التفاعلات الاجتماعية، والتي تم تعميمها إلى حد ما والاحتفاظ بها على مدار الوقت (Golfstein, Kaczmarek, Pennington, & Shafer, ١٩٩٢; Hoyson, Jamiseson, & Strain, ١٩٨٤ Strain, Kerr, & Ragland, ١٩٧٩; Strain, Shores, & Timm, ١٩٧٧)

رابعًا برامج التدخل النمائية Developmental intervention programs .

التدخل النمائي مصطلح محدد يستخدم في وصف فلسفة واستراتيجيات محددة في العمل مع الأطفال التوحديين وأحد المعالم الشائعة التي تتقاسمها برامج التدخل النمائية هي أنها موجهة بالطفل. ففي برامج التدخل النمائية، يتم تنظيم البيئة

لتشجيع أو تيسير التفاعلات التواصلية والاجتماعية. فيبادر الطفل ويستجيب الراشد لمبادرته. وهناك دعم امبريقي تجريبي محدود للمداخل النمائية، ولكن هناك بعض الدعم للمخرجات المتعلقة باللغة والتي تحدث باستخدام مثل هذه الاستراتيجيات (Hawang & Hughes ،٢٠٠٠Lewy & Dawson, ١٩٩٢; ; ١٩٨٩Rogers & Lewis.)، وهناك أيضًا العديد من دراسات الحالة التي أجريت باستخدام هذه المداخل النمائية (١٩٩٧Greenspan & Wieder,)؟ ولقد وثق كل من روجرز (١٩٨٩Roges an Lewis) أوجه التحسن في اللعب الرمزي كنتيجة للبرامج المنظمة القائمة على النمو، ولقد وثق أيضًا كل من ليوي وداوسون Lewy ١٩٩٢and Dawson)) أوجه التحسن التي طرأت فيما يتعلق بالحملقة وأخذ الدور واستخدام الأشياء والانتباه المزوج باستخدام استراتيجية المحاكاة الموجهة بالطفل.

كما أن هناك بعض التقنيات في برامج التدخل النمائية. فمدخل التدخل النمائي موجه بالطفل ولذلك فإنه يتطلب أن يرتبط الطفل بالسلوكيات التي يمكن أن يستجيب لها الراشدون. والعديد من الأطفال التوحديين لا يستكشفون البيئة بنفس طريقة الأطفال العاديين. وقد تحيرهم أنشطة معينة وقد لا يلعبون باللعب الموجودة في بيئتهم. وتتطلب طرق التدخل النمائية جهدًا كبيرًا ومهارة من جانب المعلم أو المعالج، حيث يجب أن يكون من المعلم أو المعالج على دراية بماهية سلوكيات الطفل حتى يستجيب لها وايَضًا أن يكون على دراية بكيفية الاستجابة لها. ويصبح التدخل فعالاً عندما ينهمك الطفل في السلوكيات التي يستطيع المعالج الاستجابة لها على شرط أن يكون المعالج ماهرًا في ذلك.

ومن بين المداخل النمائية المعروفة جيدًا مدخل جرين سبان Greenspan والمعروف أيضًا باسم مدخل الفروق الفردية النمائية (Greenspan & Wieder,

Develomental Indivdual Difference (DID١٩٩٧) ويعرف مدخل جرين سبان Greenspan بأنه «نموذج قائم على العلاقات»، حيث يكون الهدف فيه هو مساعدة الطفل على تنمية روابط شخصية تؤدي به إلى إتقان المهارات المعرفية والنمائية وتشمل:

١ – الانتباه والتركيز
٢ – الارتباط والصلة.
٣ – الإيماء غير اللفظي.
٤ – التلميح الوجداني.
٥ – حل المشكلات المعقدة.
٦ – التواصل الرمزي.
٧ – التفكير المجرد والمنطقى.

ويقوم البرنامج على اتباع مبادرة الطفل والبحث عن فرص «لغلق دائرة التواصل» أو الاستجابة بطريقة تؤدي إلى توسيع المهارة أو التفاعل. وفي هذا النموذج يوصي بأن يقضي الطفل التوحدي أربع ساعات يوميًا في تفاعلات اللعب التلقائي مع راشد كبير؛ حيث يمضى الطفل التوحدي ساعتين على الأقل يوميًا في أنشطة بناء المهارة شبه المنظمة مع راشد كبير وساعة على الأقل يوميًا في أنشطة اللعب الحسية – الحركية. ويمكن صقل نموذج جرين سبان Greenspan) بجعل الطفل يقضي وقتًا في برنامج للدمج في مرحلة ما قبل المدرسة مع تقديم علاج الكلام والعلاج المهني.

كما يعتمد مدخل الفروق الفردية النمائية اعتمادًا كبيرًا على مهارات التنفيذ من جانب الوالدين أو على يد شخص مخهني لفعاليات وأنشطة البرنامج. وتتطلب ههذ الطريقة أن يدرك الراشد الكبير متى وكيف يستجيب لأفعال الطفل

وسلوكياته، مما قد يصعب من تنفيذ البرنامج في المجتمع المحلي. وهذا يختلف عن العديد من المداخل السلوكية الأخرى ذات النمط المحدد مسبقًا من الاستجابات وتجارب التدريس التي ينشئها الراشدين الكبار. ولا توجد في الوقت الحالي دراسات جيدة الضبط الأمبريقي لتقويم البرنامج.

٢ – نموذج دينفير Debver Model

نموذج «دينفير» أحد نماذج التدخل المبكر لتعليم الأطفال التوحديين الصغار جدًا، التفاعلات الاجتماعية وتكتسب المبادرة والمحافظة من خلال استخدام التبادلات الاجتماعية الحسية، وهذا التبادلات تعتمد على الأنشطة الطبيعية المركزة على الطفل، والتي تتيح المجال للطفل أن يختار، وأن يبادر في التفاعلات مع الكبار، وتستعمل سلوك التواصل المتوفر لدى الطفل.

وجدير بالذكر أن التفاعلات الاجتماعية – في ضوء هذا النموذج – يتم إكسابها من خلال التفاعلات المركزة على الكبار. ويتم اكساب السلوكيات للطفل العادي فضلاً عن الطفل التوحدي باستخدام التلقين في المواقف الاجتماعية العادية، وأما التفاعل مع الرفاق فإنه يتم في مواقف داخل الروضة أو في مرحلة ما قبل المدرسة، والدمج الشامل، والتي يخضع فيها كل من الأقران العاديين، والأطفال التوحديين لتعلقين السلوكيات مع بعضهم البعض، وتقليد بعضهم البعض في اللعب، والمشاركة في الروتين الاجتماعي، كالألعاب، والأغاني، والنشطة المشابهة.

Life skills and Education For students with autism and other)
(pervasive Developmental Disorders

وتشمل أهداف البرنامج استخدام الوجدان الإيجابي في زيادة دافعية الطفل واهتمامه بالنشاط أو الشخص الذي أمامه، واستخدام استراتيجيات اللغة الاستجابية لتيسير التواصل، وتدريس مهارات التمثل العقلي[١].

وهناك بيانات متوفرة عن مخرجات البرنامج وعائداته تقوم على دراسة واحد وثلاثين طفلاً في المرحلة العمرية من ٢ – ٦ سنوات ذوي اضطرابات طيف التوحد. ولقد أظهر الأطفال تطورات نهائية ذات دلالة في المعرفة، واللغة، والنمو الاجتماعي – الانفعالي والنمو الإدراكي – الحركي الدقيق، والنمو الحركي الكبير بعد فترة تراوح ما بين ٦ – ٨ أشهر من الالتحاق بالبرنامج، وذلك بعد تفسير التقدم النهائي المتوقع. وفي حين كان ٥٣ ٪ فقط من الأطفال ذوي قدرة كلامية وظيفية عند دخول البرنامج نسبتهم قد ارتفعت خلال فترة المتابعة إلى ٧٣ ٪.



---

١ – يقصد بالمهارات التمثيلية Representational Skills
وهي مصطلحات بياجية – المهارات المعرفية المتضمنة في فهم عالم الناس والموضوعات والأحداث مشتملة على القدرة على استخدام الصور، والكلمات، وعلى فهم المفاهيم الأولية Rudimentary concepts ، والمنطق الأساسي Elementary logic .

كلمة ختامية:

يقترح الدليل المتاح من مجموعة منُوعة من البرامج والدراسات ان التدخل المبكر يؤدي إلى مخرجات أفضل وكما رأينا، أظهرت العديد من البحوث والدراسات أن الأطفال يصنعون تقدمًا أكبر عندما يدخلون البرنامج في سن صغيرة. وأنه من المهم أن نضع في الاعتبار أن القدر الأكبر من الدعم الإمبريقي التجريبي للفروق في المكاسب التي يحققها الأطفال الأصغر من سن أربع إلى خمس سنوات والأطفال الأكبر من ٤ – ٥ سنوات. ولا يزال عمر ما قبل المدرسة يعد «مبكرًا» في نطاق التدخل المبكر.

كما تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من الاستراتيجيات للعمل مع الأطفال التوحديين، وليست كلها معروفة أو متوفرة بنفس الدرجة. ولقد أجريت معظم الدراسات الإمبريقية التجريبية على برامج التدخل المستندة إلى التحليل السلوكي التطبيقي.وفي حين أقيم الدليل على فاعلية استراتيجيات معينة في تدريس مهارات نوعية محددة للأطفال التوحديين، لا يوجد حاليًا أي دليل أمبريقي على تفوق برنامج معين على البرامج الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، يتم تطوير معظم البرامج للأطفال في عمر الثالثة فأكثر، ويسعى الكثير من معدي برامج التدخل حاليًا إلى تكييف برامجهم كي تحقق تلبية أكبر لحاجات الأطفال التوحديين في الفئة العمرية من الميلاد وحتى الثالثة من العمر. ويؤدي ذلك إلى وجود تعقيدات عند التوصية ببرامج تدخل لآباء الأطفال التوحديين. وفي نفس الوقت، هناك قدر كبير من الاهتمام بالعناصر المشتركة في برامج التدخل عند تقديم التوصيات والتي تتضمن المشاركة الوالدية والكثافة والبيئة القابلة للتنبؤ وضم اهتمامات الطفل والاشتراك النشط للطفل والتركيز على الأهداف النهائية الفردية. ومن المهم أن يكون المهنيون والآباء على دراية بالتقدم الذي يمكنهم أن يتوقعوه من الطفل بحيث يبقوا على

وعي بان معظم البحوث والدراسات لا تدعم «الشفاء[1]» أو «التعافي»[2] من التوحد. وعند هذه النقطة يتعين القول أن معظم البرامج تركز على الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، ولا يزال هناك الكثير الذي يجب علينا أن نعرفه ونتعلمه عن التدخل في المرحلة العمرية من الميلاد وحتى الثالثة من العمر.



[1] - الشفاء Cure

تشير الكلمة إلى أحد المعنيين التاليين أو كليهما.

أ – العودة إلى الصحة.

ب – أي أجراء أو علاج يؤدي إلى استعادة الصحة.

[2] - التعافي Recovery

الفصل السابع

الاعتبارات العملية - العلاجية

الإرشاد النفسي لآباء الطفل التوحدي

- مقدمة.
- العلاج النفسي للطفل التوحدي.
- الإرشاد النفسي لآباء وأمهات الطفل التوحدي: مساعدات ونصائح.

الفصل السابع

الاعتبارات العملية – العلاجية

والإرشاد النفسي لآباء الطفل التوحدي

مقدمة

توجد كتابات عديدة تناقش كيفية التعامل مع الأطفال التوحديين والصعوبات التي يواجهها آباؤهم. ومن هنا، ربما يكون من الضروري أن نوضح نقطة تتعلق بأن ما يعتبره مجموعة من الآباء مشكلة كبرى، قد تتكيف معه مجموعة أخرى من الآباء ولا تعتبره مشكلة على الإطلاق. فعلى سبيل المثال، قررت أم لطفل توحدي في الثالثة من عمره أن التعامل مع الطفل أمر بالغ السهولة، وقالت (ضمن قائمة طويلة عددت فيها خصائص طفلها) أنها وزوجها يشعران بسعادة بالغة لأن طفلهما يظل بصحبتهما كل ليلة حتى موعد نومهم جميعًا حوالي منتصف الليل.

والواضح من هذا المثال، أن الأولويات عند هذين الأبوين تختلف عن مثيلاتها لدى كثير من الآباء الذي يظهرون رغبة في إبعاد أطفالهم وإجبارهم على النوم في منتصف النهار، فمن المعتاد بالنسبة للأطفال التوحديين أن يحتاجوا إلى قدر ضئيل من النوم، ويقرر العديد من الآباء أن الليالي لا تمر دون انقطاع للنوم وأن أخل الآباء – من أجل إنهاء معاناتهم يلجأون – يائسين – إلى حبس طفلهم التوحدي في حجرة نومه. وبرغم أن هذا الحل قد يؤدي إلى إحساس الطفل بالصدمة أو يستفز استجابات رعب لديه، إلا أنه إجراء مفهوم وله ما يبرره تمامًا، إزاء تجوال الطفل في أرجاء المنزل، ليس فقط موقظًا كل من في البيت، ولكن أيضًا معرضًا نفسه للأذى ومثيرًا للفوضى والدمار أثناء صحوه.

وبسبب طبيعة خصائص التوحد، فهناك مشكلات أخرى قد تتطلب عناية في التعامل معها، بعضها يتعلق بإصرار الطفل على تكرار أنشطة معينة، مثل فتح وغلق

الأبواب، أو مشاهدة فيديو معين، أو الاستماع لتسجيل معين، أو الإلحاح في طرح أسئلة لا معنى لها بصورة متكررة. ومن مزايا اشتراك الآباء في جماعة تبادل المعونة، أن هذه المشكلات يمكن تداولها ويمكن تبادل ومشاركة فنيات التعامل معها، وهو ما قد يشكل طوق النجاة بالنسبة لبعض الأسر المشحونة بالتوتر. فقد أظهر العديد من الآباء براعة فائقة في حل ما قد يبدو وكأنه مشكلات مثبطة للهمم، أحيانًا بلمسة من الفكاهة التي تلطف من وطأة الأعباء.

أما المقالات والكتب التي تناقش كيفية التعامل مع الأطفال ذوي المشكلات السلوكية، فقد تكون ذات قيمة عالية. مثال على ذلك كتاب: «مساعدة طفلك المعاق » لـ «جانيت كار» Helping your handicapped child Janet Carr. وهو كتيب صادر عن مؤسسة «بنجوين». وهناك مقال أعيد نشره في مجلة «التواصل» Communication التي تصدرها الجمعية القومية (الوطنية) للتوحد، وكاتبته هي «كارولين سيولت»، وهي تقدم من خلاله بعض الأفكار المفيدة والبناءة التي تتعلق بالعلاج السلوكي أو التشريطي لمثل هؤلاء الأطفال والذي يمكن أن يقوم بتطبيقه الآباء. (مجلة التواصل هي دورية فصلية تصدر عن الجمعية القومية (الوطنية) للتوحد، تستهدف كل من المختصين والآباء، وتقدم مقالات سهلة القراءة ومعلومات تثقيفية مفيدة لا تعكس بالضرورة آراء الجمعية)، وقد نشرت الجمعية القومية (الوطنية) للتوحد عددًا من الكتيبات التي تقدم نصائح خاصة بمشكلات محددة النوعيات لدى الأطفال التوحديين، مثل السلوكيات القهرية[1] والطقوسية (الحوازية).

---

[1] - السلوك القهر. السلوك الاستحوازي او الوسواسي: Obsessive behavior
السلوك الذي يميز الشخصية الوسواسية أو اضطراب وسواسي قهري، كالتفكير الطويل المستمر، والشك والتأمل، والقلق حول التفاهات، وتنظيف الأشياء وحفظها بنظام متقن أو أداء الطقوس (جابر وكفافي، ١٩٩٢، ج ٥ : ٢٤٦٤).

ويبدو المدى الذي تتنوع في إطاره مشكلات التعامل مع الأطفال التوحديين ذو قابلية معينة للتنبؤ، وتتشابه كثير من هذه المشكلات مع المشكلات التي نقابلها لدى الأطفال ذوى الإعاقة العقلية، فأحيانًا يتعرض تقدم التدريب على عادات الإخراج للتباطؤ بصورة خاصة، فبعض الأطفال لا يستخدمون إلا مرحاضًا معينًا، والبعض الآخر يصبح سلوكه قهريًا إزاء استخدام صندوق طرد المياه، أو يخاف منه بشدة، أما مهارات ارتداء الملابس والعناية بالذات؛ فقد تكون في نطاق قدرات الطفل وإمكاناته، ومع ذلك فإنه قد يرفض التعاون، حيث تصبح المهارة اليدوية لأنشطة معينة متخبطة وبلا فائدة عندما يصل الأمر إلى ارتداء الجوارب أو إحكام الأزرار، عندئذ يضطر الآباء إلى القيام بالمهمة مع طفلهم التوحدي كبير السن – وأحيانًا يدفعهم اليأس – حتى يتمكن الطفل من الذهاب للمدرسة في الموعد.

أما عادات الأكل وما يفضله وما لا يفضله فتكون غالبًا لها صورة متطرفة. فالأطفال قد لا يأكلون إلا أصنافًا محددة قليلة التنوع أو يصرون على عدم الأكل أو الشرب إلا باستخدام أطباق أو أكواب معينة، وبعض الأطفال يظهرون تصميمًا على رفض تناول الطعام بطريقة مهذبة وبالتالي يكتسبون مظهرًا مشابهًا للمشردين أثناء تواجدهم بين الناس أو على الملأ.. وآخرون يصابون بالبدانة نتيجة اعتمادهم في التغذية على وجبات تتكون بشكل مكثف من البرجر والشيبس فقط.

وأما السلوك الطقوسي: Ritualistic behavior فهو عبارة عن سلسلة من الأعمال تتكرر وتنفذ على نحو قهري (طقوس Rituals)؛ كدفاع ضد القلق، أو للتخفيف من التوتر. وبين الأطفال والبالغين من الوسواسيين القهريين تفسر هذه «المراسيم» Ceremonials غالبًا كنوع من السحر يتبنى لا شعوريًا لتجنب مشاعر الذنب التي تولدها الرغبات أوالاندفعات المحرمة. وقد ذكر «فرويد» حالة طفل في الحادية عشر من عمره، لم يكن يستطيع أن يذهب إلى النوم إلا بعد أن يذكر كل أحداث اليوم التي مرت به إلى والدته، ويدفع السرير إلى جانب الحائط، ويضع ثلاثة كراسي بجانب السرير، ويركلها عددًا معينًا من المرات (جابر وكفافي، ١٩٩٥، ج ٧ : ٣٣١١).

وفي ضوء الخبرات السابقة والمتراكمة، فقد حققت برامج المنع – واحيانًا الإجبار – قبولاً لمدى أكثر تنوعًا من الأطعمة المختلفة نجاحًا كبيرًا، وبالنسبة للآباء – الذين احتجزوا لفترة في نمط محدد من الأطعمة – قد يستحيل تطبيق مثل هذه البرامج، ولهذا يفضل تطبيقها كجزء من نظام المدارس أو رياض الأطفال. وفي هذه الحالة، لا يحصل الأطفال على تغذية واسعة التنوع في المدرسة وحسب، وإنما يمتد هذا التنوع في الأطعمة إلى الوجبات المقدمة في البيت، ومع نظام تغذية أفضل، فقد يتحسن مظهر الأطفال بصورة درامية «مثيرة» ويصبح سلوكهم أقل نزقًا وأقل اندفاعًا.

وقد تصادف آباء الأطفال العاديين مشكلات مشابهة، أما مع الأطفال التوحديين، فيصبح للغياب الكامل لمسؤولية هؤلاء الأطفال عن أفعالهم فضلاً عن عنادهم دلالة تشخيصية إذا نظرنا إليها في ظل الاقتران ببعض الملامح والسمات السلوكية الأخرى، ويشعر بعض الآباء أنه مع افتقار أطفالهم التوحديين لآداب المائدة وقيامهم ببعض التصرفات اللا اجتماعية حين جلوسهم إليها؛ فضلاً عن سلوكهم الذي لا يمكن التنبؤ به؛ يصبح من المتعذر على أسرة الطفل التوحدي أن تتناول طعامها خارج المنزل. وحتى الذهاب للتنزه في الأماكن المتواضعة كمطاعم الماكدونالدز – ناهيك عن الأماكن الأكثر رقيًا – تكون محفوفة بمخاطر الوقوع في الحرج المتوقع إلى درجة تصبح معها غير جديرة بالمجازفة بالإقدام على الذهاب إليها. وهناك أسرة – أخرى – وجدت حلاً يتسم بالبساطة والفاعلية لهذه المشكلة، كما يمكن وصف هذا الحل بأنه غير مجهد في نفس الوقت، فقد قرر أفراد هذه الأسرة ألا يعرضوا مجتمعهم المحلي لمتاعب أبنهم، ولا يضايقوا الناس الذين يستمتعون بتناول الطعام وقد يفسد وجود الطفل عليهم متعتهم، ونفذوا فكرة الاستفادة من مطاعم طرق سفر السيارات لأغراض التدريب، فقد أبدى جيرانهم

في الحصول على هذه الوجبات، وهم أناس غير معروفين لهم ومجرد عابري طريق، انتباها قليلاً إبنهم، وفي الوقت الذي اكتسبت فيه الأسرة معرفة وخبرة بطرق السفر في البلدة، اكتسب الطفل التوحدي عادات تناول طعام اجتماعية أفضل، وهذه العادات تحسنت بطريقة تبعث على الرضا وتستطيع الأسرة الآن أن تتناول طعامها في أي مكان باستمتاع وثقة.

وتوجد لدى بعض الأطفال التوحديين – ويكونون عادة من التوحديين ذوى الإعاقة الأشد – عادة إلتهام الأطعمة الشاذة[١] «Pica»، مما يعني أنهم يلتهمون مواد غير صالحة للأكل مثل الأزرار، بقايا الطعام الفاسد، الديدان، الرمال، أوراق الشجر البالية، مثل هؤلاء الأطفال تجب ملاحظتهم باستمرار نظرًا لأن الطفل منهم في جزء من الثانية قد يلتقط أي شيء يبدو له مغريًا ويشرع في ابتلاعه قبل أن يدرك الشخص البالغ حقيقة ما يحدث.

كما أن هناك حالات عديدة لآباء يقصون روايات مرعبة عن أطفالهم التوحديين في أوقات اصطحابهم للتسوق. فقد شهد الكثير من متاجر السوبر ماركت الكبرى لدينا نوبات غضب عارمة في حالات من قبيل طفل توحدي يصب جام غضبه على الحضور تعبيرًا عن ضيقه بإجراءات الشراء، خاصة طوابير دفع ثمن المشتريات،

---

١ – الأكل الشاذ. بيكا Pica

شهوة لتناول أطعمة شاذة، أو أطعمة غير غذائية. والمظهر الأساسي للأكل الشاذ هو الأكل المستمر لأطعمة أو لمواد لا تصلح للأكل، وذلك لفترة شهر على الأقل المواد الشاذة التي تؤكل تميل إلى التغير عبر سنوات العمر، فالرضع والأطفال الصغار قد يأكلون الدهانات، والمواد اللاصقة، والخيط والشعر، وقطع القماش. أما الأطفال الأكبر سنًا فقد يأكلون روث الحيوانات، والرمل والحشرات، وأوراق النباتات أو الحصى. وقد يأكل المراهقون والراشدون الطين، أو طعام الماشية، ولا يشعرون بتقزز أو نفور من هذه الأشياء. ويكون هذا السلوك غير ملائم من الناحية النمائية، ولا يمثل جزءًا من الممارسات الثقافية السائدة أو المعروفة. ويعتبر أكل مواد غير صالحة للأكل مظهرًا لاضطرابات نفسية وعقلية أخرى من قبيل التوحد، والتخلف العقلي الشديد.

وقد يستاء العديد من آباء الأطفال التوحديين من اتجاهات المشترين الآخرين الذين قد ينخدعوا بالمظهر الطبيعي للطفل التوحدي فيطلقون تعليقات عدائية تصف الطفل بنقص الأدب وتعديه على النظام. أما الآباء الأكثر مرونة فإنهم لا يغيرون من عاداتهم الشرائية وإنما يسعون إلى التوفيق بين التحكم في الترولي (حامل البضائع) والطفل، في الوقت الذي يشرحون فيه للمنتقدين طبيعة حالة التوحد! بالإضافة إلى ذلك، فإن نقص وعي الطفل بالأخطار يزيد من المصاعب المرتبطة بأبسط الرحلات خارج المنزل. وقد حل أحد الآباء مشكلة رفض طفلة أن يمسك بيده في الشارع بأن ابتكر أصفاد (قيود) يدوية رقيقة! وتتكون هذه الأصفاد (القيود) من شرائط قطنية لها أقفال من نوع «فيلكرو» Velcro يمكن لفها حول رسغ كل من الطفل والبالغ، وهي تتيح للطفل أن يشعر بالحرية، في حين تحول دون ابتعاده، إنها أداة بسيطة وفعالة، وهي متوافرة في متاجر «ماذر كير» mothercare .

إن غالبية آباء الأطفال التوحديين يفضلون إحداث تغييرات في حياتهم من أجل تجنب، ليس فقط رحلات التسوق، بل ورحلات أخرى كثيرة خارج المنزل، حتى أن حياتهم هم أنفسهم تصبح مقيدة بشكل متزايد، مما قد يؤدي إلى عواقب وخيمة تضر بالكبار والأطفال الآخرين بالأسرة.

ولقد سبق أن أشرنا إلى بعض الأطفال التوحديين الذين يخافون من صناديق طرد المياه في الحمامات، وبالإضافة إلى ذلك فهناك أطفال توحديون قد يظهرون الخوف من مدى واسع من الأشياء غير الضارة التي تتراوح بين ما هو معقول كالكلاب إلى ما هو غير معقول كشخص يسعل مثلاً. وبعض المخاوف تبدو مؤقتة، تزول ليحل محلها مخاوف أخرى، في حين تستمر مخاوف أخرى لفترات أطول، وإن ممارسة العادة السرية علنًا تمثل مشكلة تسبب قدرًا هائلاً من الحرج للآباء، وأحيانًا تؤدي بعض الاستراتيجيات الحكيمة إلى الحد من التداعيات السيئة لهذه العادة.

فعلى سبيل المثال إذا ارتدى الطفل بنطلونًا ذو مقاس محكم على وسطه بدون شريط مطاطي وارتدى عليه حزامًا إضافيًا، فإن ذلك يمنع الطفل من إنزال بنطلونه أو وضع يده داخل ملابسه.

ولعله من الضروري هنا التأكيد على أنه لا يوجد طفلان توحديان متماثلان، فكل طفل يظهر أسلوبًا فريدًا يعكس شخصيته الخاصة، وخلفيته الأسرية، وخبراته. فتفردهم يبتدى بنفس الطريقة التي يظهر بها تفرد العاديين، بمعنى أن مبدأ الفروق الفردية ينطبق على الأطفال التوحديين كما ينطبق على الأطفال العاديين.

ونحن نحتاج دائمًا إلى التأكيد على ذلك، نظرًا لأن الكثير من المتخصصين قد يفشلون في التعرف على حالات الأطفال التوحديين لأن الطفل الذي أمامهم يختلف تمام الاختلاف عن الطفل التوحدي الذي رأوه من قبل. أما بالنسبة لأصحاب الخبرة، فإن خصائص التوحد تظل واضحة رغم تعددية المظاهر التي يمكن أن توجد لدى التوحديين.

الإرشاد النفسي لآباء وأمهات الطفل التوحدي: مساعدات ونصائح:

أصبح «الإرشاد النفسي» مصطلحًا شائع الاستخدام، وواسع التطبيق ليس فقط على الناجين من الكوارث أو المنكوبين، ولكن أيضًا على أصحاب المشكلات الأقل درامية وحدة، وإن كانت آثارها قد لا تقل في مردودها المدمر بالنسبة لبعض الناس، وقد يكون هناك إحساس أليم على نحو خاص إذا اكتشفت أنك والد لطفل توحدي، وكما ذكرنا من قبل، فإن الأطفال التوحديين غالبًا ما يكونون أصحاب مظهر عادي وجذاب، ومظاهر النمو لديهم عادةً ما تكون في الحدود الطبيعية، بل

قد يظهر الطفل أحيانًا قدرات متميزة في مجالات معينة[١]، وعادة، ولمدة سنتين أو أكثر، يعتقد الوالدان أن طفلهما الغريب أو المحير قليلاً ما هو إلا طفل عادي، إن لم يكن نبيهًا؛ وأنه على أسوأ تقدير يعاني من تأخر في اكتساب اللغة، لهذا فإنه عند معرفتهم بأن الطفل لديه إعاقة مزمنة وغير قابلة للشفاء مدى الحياة تعد بمثابة صدمة مروعة. والواضح هو أننا لا نريد التقليل من وقع الصدمة على الآباء والأمهات الذين يعرفون أن طفلهم الجديد يعاني من إعاقة خطيرة، كزملة (داون) [٢]، التي لها أيضًا آثار تمتد مدى الحياة. ومع ذلك، ومنذ البداية، فإن توقعاتهم بالضرورة تتحدد بمدى وعيهم بطبيعة الإعاقة. وعلى العكس من ذلك، فآباء الأطفال الذين يتأخر تشخيصهم كأطفال توحديين، يتوقعون أن يكون أطفالهم عاديين، عندئذ يصبح اكتشافهم أن الطفل الذي اعتقدوا أنه معافي تمامًا إنما هو

---

١ – للأطفال التوحديين مهارات خاصة، فهم يتعلمون استخدام الأرقام أسهل من تعلمهم للكلمات، ومنهم من يستطيع أن يحسب أرقامًا كبيرة في ذهنه بسرعة هائلة، كما يستطيع تخزين الجمل والعبارات أو الأغاني والمقطوعات الموسيقية وإلقاءها في وقت لاحق عادة ما يكون غير مناسب. بالإضافة إلى أنهم يستطيعون معرفة الطريق إلى أماكن كثيرة زاروها مرة واحدة من قبل، وكثير منهم يحب اللعب الميكانيكية، ويستطيع تشغيل راديو أو جهاز تسجيل، كما يستطيع التفوق في الرسم أو العزف على آلة قبل أن يتعلموا كيفية ربط الحذاء.

٢ –زملة «داون» Doen,s Syndrome

نسبة إلى الطبيب الانجليزي «جون لانجدون هايدون داون» John Langdon Haydon Down (١٨٢٨ – ١٨٩٦). وهو اضطراب صبغي كروموزومي يتميز بوجود صبغي زائد (رقم ٢١) وبعض الحالات يكون الصبغي الزائد هو رقم (٢٢). ويفصح الاضطراب عن نفسه فيما يسمى الملامح المنغولية، ووجه مستدير مسطح، وعيون تبدو مائلة أو منحدرة، ويكون المخ أقل من المتوسط من حيث الحجم أو الوزن. وعادة ما يتصف المرضى بهذا الاضطراب بالتخلف العقلي الذي يتراوح بين الدرجة المعتدلة إلى الدرجة الشديدة، ويتصف المرضى بالاستعدادات الموافقة وسلاسة القيادة...وتميل الحركات العضلية إلى أن تكون بطيئة وثقيلة وغير متآزرة، وفي حالات كثيرة يكون النمو متأخرًا واللسان سميكًا والأصابع غليظة (عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤). معجم التخلف العقلي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ص ٥٨).

مصاب بإعاقة خطيرة، وهو تمامًا بتمام كاكتشاف – كما صرح أحد الآباء – أنه مصاب بالسرطان.

وعادة ما يعمد الآباء في مثل هذه الظروف إلى الإنكار[1] بكل قوة إزاء التشخيص، أو قد يسارعون إلى استشارة العديد من المتخصصين في تخصصات مختلفة أو يلجأون لهؤلاء الذين يقدمون وعودًا بتحقيق معجزة الشفاء، وذلك في محاولة منهم لإثبات خطأ التشخيص أو بحثًا منهم عن حقيقة الأمر. وهم في الحقيقة يأملون أن يقال لهم أن طفلهم عادي وأنه سينمو متجاوزًا هذه المشكلات، وهو أمر نتفهمه تمامًا. ولعل هذا يكون هو السبب في تمسك بعض الآباء والأمهات ببرامج علاجية لا تقوم على أسس علمية مثل العلاج بالاحتضان Holding therapy – الذي سبقت الإشارة إليه – فهذا النوع من العلاجات – اللا عملية – إن صح هذا التعبير – قد يعطي أملاً كاذبًا، ولابد من إدراك أن هناك بعض الآباء يفضلون اختيار الحياة في عالم غير واقعي تقدم فيه الوعود المطمئنة بإمكان الشفاء، وذلك برغم الشواهد الواقعية التي تنفي ذلك. وقد يعكس هذا إخفاقًا من جانب

---

١ – الأنكار Denial

أولى المراحل التي يمر بها المعوق وأسرته، حيث يصعب على الطفل المعوق أو على أسرته – في هذه المرحلة – التحدث عن الإعاقة، أو عن ردود الفعل الانفعالية المصاحبة للإعاقة؛ فالمغوق يحاول تجاهل ما حدث له من إصابة، وكذلك أسرته ويتجنبون الحديث عنها، كما يحاول المعوق ذو الإعاقة الطارئة أن يؤدي الأعمال والمهام التي كان يؤديها قبل حدوث الإعاقة؛ هذا على الرغم من الصعوبة التي يواجهها في أداء هذه الأعمال وتلك المهام. إن رفض المعوق أسرته – في هذه المرحلة – يعد من الأساليب الدفاعية التي يلجأون إليها بطريقة لا شعورية، ويعمل الإنكار بمثابة المخدر الذي يقلل من الآلام النفسية الناتجة عن الإصابة بالإعاقة لكنه لا يزيلها. من ناحية أخرى، قد يفيد الإنكار الوالدين في حالة التعايش مع الحالة إلى حين البحث عن حلول داخلية وخارجية تساعدهم في التغلب على المشكلة، إلا أنه كلما طالت فترة إنكار الإعاقة؛ كما كان الطفل من أكثر الخاسرين حيث أن أسرته لن تبحث عن الخدمات المناسبة، إلا إذا تغلبت على حالة الإنكار.

المتخصصين في تقديم نوعية الدعم الملائمة لهذه النوعية من الآباء، ذلك أن الأمر يقتضي قدرًا كبيرًا من المهارة في تحقيق الاتزان بين أن يكون المرء واقعيًا، وأن يحتفظ في نفس الوقت للآباء بدرجة من التفكير الإيجابي المتفائل بحيث يشعرون أن بإمكانهم القيام بدور فعال في تطوير إمكانات طفلهم إلى أقصى حدٍ ممكن.

ومع هذا فإننا ما زلنا ندهش لهذا الشعور القوي لدى الآباء الذين يؤكدون أنهم يفضلون الحياة بآمال كاذبة عن شفاء حالات التوحد؛ على تقبل ما ندعوه التقدير الواقعي للموقف. ويمكن الرد على هذا التأكيد من قبل الآباء والأمهات عادة بأنه سواء عاجلاً أو آجلاً، فسوف يشعر هؤلاء الآباء بالغضب الشديد وخيبة الأمل عندما لا تتحقق آمالهم، وقد يوجهوا اللوم للمدرسين والمعالجين على تقصيرهم في تحسين حالة أطفالهم، وقد تكون لدينا الانطباع بأن مثل هذه الحالات تكون محتملة الحدوث بصورة أكبر عندما يكون أحد الوالدين – أو كلاهما – مصابًا بالاكتئاب، أو عندما يكون الزواج أو بمعنى آخر عندما يكون الزوجان واقعين تحت ضغوط عديدة، بحيث يكون وجود طفل معاق في الأسرة بمثابة القشة الأخيرة التي تقصم ظهر البعير.

إن التسليم بالتشخيص يشبه في تأثيره التسليم بفقدان الطفل كما لو كان قد مات، والتفكير في المستقبل بالنسبة للطفل وللوالدين بشكل يختلف عن توقعاتهم السابقة. هذه العملية تشبه تمامًا عملية الفقدان بالموت، بمعنى أنها يمكن أن تستغرق وقتًا طويلاً ويمكن أن تختلف في طبيعتها باختلاف الأفراد الذين يمرون بهذه الخبرة. ونحن نتفهم الصدمة التي قد يستشعرها الوالدان اللذان ربما كانا يعتقدان فقط منذ خمس دقائق أن طفلهما طبيعي ولا يعاني سوى من مشكلات هينة فإذا بهما يدركان أنه توحدي. وقد عبرت إحدى الأمهات بشكل حي عن مشاعرها بعد سماعها للتشخيص الخاص بإبنتها: «لقد نظرت إليها وكل ما استطعت أن أشعر

به هو: يا أيتها المسكينة، أنك طفلة توحدية». لقد كان الأمر يبدو كما لو أن الطفلة التي تعرفها لم تعد هناك، وأن هذه البنت الصغيرة أصبحت مجرد تجسيد لصفة مجردة أو تجسيد لمجرد وصمة. ولحسن الحظ - وفي ضوء خبرتنا - فإن هذه المشاعر السلبية تمضي مع الوقت ويتمكن الوالدان من إدراك أن طفلهما - رغم التوحد - ما زال هو نفسه. وما يتغير فقط هو إدراكهما أو درجة وعيهما. وأن كل الأطفال التوحديين لهم جوانب طبيعية يمكن الاستمتاع بها. فهم ينمون مثلهم مثل الأطفال الطبيعيين العاديين.

لقد كان أحد الدوافع وراء الكتابة في موضوع التوحد والطفل التوحدي هو تقديم معلومات وإجابات للأسئلة العديدة التي يطرحها الآباء والأمهات في هذه الأوقات الصعبة بالذات. فهناك معرفة قليلة بالتوحد لدى المتخصصين إلى الدرجة التي نجعل أي شيء يمكن أن نقدمه - لمنع سوء الفهم - عملاً ذو قيمة. فمن وجهة نظرنا أنه كلما امتلك الوالدان معرفة أكثر، فإنهما يصبحان أكثر قدرة على اتخاذ قرارات رشيدة فيما يتعلق باحتياجات أطفالهم. والملاحظ أن أسئلة الآباء والأمهات تعطي كل الجوانب بداية من التفاصيل العملية للحياة اليومية من قبيل «ماذا يمكن بالفعل أن نقدمه لمساعدة طفلنا» إلى «ماذا سيحدث له بعد أن نموت؟». ونحن نعرف أنه بالرغم من أن بعض الآباء والأمهات يحتاجون إلى إرشاد نفسي حاذق من أناس لهم خبرة بالتوحد، إلا أنه لا يوجد سوى أفراد قلائل قادرين على تقديم هذا العون. وغالبًا ما يكون الأمر راجعًا - فيما يتعلق بتقديم أي عون - للحظ أو الصدفة عندما يحصل بعض الآباء والأمهات على دعم ونصح جيدين. في حين أن آباء وأمهات آخرين يظلون لسنوات يتخبطون دون أن يتلقوا تشخيصًا دقيقًا؛ ناهيك عن النصح والدعم المناسبين.

لهذا السبب، فإن هذه الخطوط الهادية قد تكون مفيدة رغم كونها عامة وفضفاضة. وعلى أية حال، يتعين القول أن هناك بعض التحفظات بخصوص إعطاء إرشادات متخصصة، لأن هذا قد يبدو كما لو كنا نقول «أفعل هذا وسوف تحل المشكلة». والمسألة ليست بهذه البساطة من الوجهة العملية؛ ذلك أن الأطفال التوحديين بينهم تباينات شاسعة بحيث يكاد يكون من المستحيل الخروج بتعميمات عما هو ملائم وما هو غير ملائم، أو ما سيؤدي إلى نتائج إيجابية وما يؤدي إلى غير ذلك مع الأطفال المختلفين بحكم خضوعهم أيضًا لمبدأ الفروق الفردية. وآخر ما نود القيام به هو تطوير فكرة الفشل عندما يخفق أحد مقترحاتنا أو كلها مع طفل معين. في حين أن بعض الأفكار المرتجلة أو بعض أساليب المحاولة والخطأ قد تأتي بحلول جيدة لتخفيف المشكلات؛ تمامًا كما يسمح مضى الزمن بنمو لطفل متجاوزًا مرحلة صعبة فيصبح أسهل في التعامل معه. وبصفة عامة يمكن القول أن الأطفال التوحديين يصبحون أكثر تحملاً للمسؤولية عندما يتجاوزون مرحلة الطفولة. وهذا لا يعني القول أن المشكلات والمتاعب أوشكت على الانتهاء، ولكن يعني هذا أن المشكلات الأكثر إرهاقًا؛ أي التي تتعلق بالنوم والأكل ونوبات الانفعال والغضب .... الخ، تميل إلى التناقص وتصبح الحياة أكثر هدوءًا. وقبل كل شيء، يصبح بمقدور الآباء والأمهات أن يكونوا أكثر تفاهمًا مع طفلهم التوحدي.

بعبارة أخرى نقول للآباء والأمهات لا تعكفون على تغيير عوارض المرمى؛ ولكن حددوا مجموعة من القواعد وحاولوا الالتزام بها، حتى يعرف الطفل مكانه ومكانته. ومن المهم – في كل الأحوال – تحديد الأولويات، بمعنى تحديد الأشياء الأكثر أساسية وأن يكونوا على استعداد للتخلي عن الأشياء الأقل أهمية.

ولكل الآباء والأمهات يمكن القول: تذكروا أنه حتى يستطيع لطفل التركيز في أداء مهمة أو نشاط معين لعدة دقائق على الأقل، فإنه لن يكون مستعدًا لتحقيق

استفادة من محاولة تعليمه. وقد يكون من الأفضل للآباء والأمهات التركيز على مساعدة طفلهم على الانهماك في العمل كهدف في حد ذاته، بدلاً من محاولة تعليمه مهارات جديدة. ومع تزايد مدى انتباه الطفل سوف يتسع مدى الأهداف المرتبطة به. فعلى سبيل المثال؛ بدلاً من محاولة تعليم طفل مشتت الانتباه أن ينطق أسماء صور في كتاب، فإنه من الأفضل حثه على الجلوس والمشاركة في أنشطة النظر والاستماع ومنعه من تقليب الصفحات أو التركيز على تفاصيل صفحة ما مثل الكلمات والأرقام التي قد تكن بلا معنى.

ولكل الآباء والأمهات يمكن القول: كونوا على وعي بالمستوى النمائي للطفل وليس بالضرورة عمره الزمني، حتى لا يتعلم الطفل سوى المهارات الملائمة نمائيًا له، مع تقديم إثبات ومكافآت تعزيزية فورية على نجاحه. وربما يمكن استغلال الأنشطة التكرارية للطفل (مثل الدوران حول نفسه والذي يستمتع به الطفل التوحدي كثيراً) كجائزة عندما يقوم بعمل طلب منه أن يؤديه. أما العقاب البدني فهو غير ملائم بصفة عامة. وقد يستثنى من ذلك التصرفات المتطرفة أو المواقف المهددة للحياة كأن يندفع الطفل نحو الطريق، أو حين يتسلق صخرة عالية. ففي مثل هذه المواقف، يجب أن يأتي او يجيء العقاب في أعقاب التصرف الخاطئ مباشرة، حتى يتكون الارتباط بينهما، حتى لو لم يفهم الطفل طبيعة الخطر المحدق به.

وليس من المفيد اعتبار سلوكيات الطفل التوحدي مجرد «شقاوة» Being Naughty، فمفاهيم الشقاوة والالتزام والأدب قد تكون بعيدة عن مستوى الفهم لدى الطفل.

أما أسلوب التعامل الصريح المباشر والمبني على القواعد المحددة الثابتة فاحتمال فاعليته أفضل من الانهماك في الشرح والتوضيح، لهذا، فإن عبارة: «لا، تفعل ذلك»

تكفي وتقلل من الارتباك. فإذا كانت هناك حاجة للتغير ، فلا تحاول أيها الأب وأيتها الأم القيام بكل شيء دفعة واحدة. وإنما تعامل مع موضوع واحد كل مرة.

وإذا لم يكن الطفل التوحدي ملتحقًا بدور حضانة أو مشاركًا في مجموعة لعب، فاعمل على أن يلتحق بمكان ملائم في أقرب فرصة، وعادة، عندما يعرف طفل على أنه من ذوي الاحتياجات الخاصة فالأولوية تعطى له. ونحن نشعر أنه إن لم تكن الصعوبات التي يعانيها الطفل هينة جدًا، فعلى الآباء والأمهات أن يكونوا منفتحين بما يتعلق بمواجهة المشكلة وألا يحاولوا إخفاءها عن مجموعة اللعب التي يشارك فيها الطفل أو دار الحضانة. وعمومًا، سوف نجد أن المدرسين ورواد جماعة اللعب يكونون على أتم استعداد لإعطاء الطفل الصغير الفرصة وبذلك كل ما في وسعهم من أجله. في حين أنهم إذا شعروا أن الطفل تم تقديمه لهم على انه طبيعي وسوي رغم علم الوالدين بالصعوبات الجوهرية التي يعاني منها، فغالبًا ما سيكونون أقل تعاطفًا في المواقف التي يعانيها الطفل التوحدي.

إن من النتائج السيئة المترتبة على التشخيص المبكر للتوحد (وليكن في سن ما بين الثانية والثالثة من عمر الطفل) أن العديد من الآباء والأمهات يشعرون بوجوب إلحاق طفلهم بمدرسة خاصة في الحال؛ وذلك إذا كان بإمكانه أن يحقق أقصى تقدم ممكن. ومن المهم أن نؤكد على أن هذا ليس على الإطلاق الأسوياء العاديين، والتعلم منهم . فالأطفال التوحديون الصغار – مثلهم مثل سائر الأطفال – يحتاجون إلى وقت للنضج واكتساب المهارات والخبرات الاجتماعية الممهدة لتعلمهم المدرسي في المستقبل.

ومن المهم أن يحرص كل أب وكل أم لطفل توحدي على ألا تربك طفلها بأكاذيب مختلقة حتى وإن كان وراء سرد مثل هذه الأشياء نوايا حسنة. فعلى سبيل المثال، تعلمت طفلة توحدية صغيرة أنها يجب ألا تلمس الأشياء الساخنة. وقد أراد

والدها أن يمنعها من العبث المستمر بجهاز الفيديو فقالا لها إنه ساخن جدًا. لقد كانت خدعة Short –Term play ولكنها كانت ضارة جدًا لأنها أربكت الطفلة وأعاقت فهمها لطبيعة السخونة. وكان من الأفضل بالطبع أن يقال لها باستمرار: لا تلمسي هذا، بحيث يطابق القول القصد منه.

إن القاعدة الأساسية في التعامل مع الأطفال التوحديين – بصرف النظر عن مستواهم النمائي، هو بناء جسور للتفاهم. مع الأخذ في الاعتبار أن الأطفال التوحديين يفتقرون إلى القدرة على فهم طبيعة العالم من حولهم، ولكن هذه القدرة تنمو من خلال الجهد والسعي لتوضيح معاني الأشياء لهم، وهو سعي يؤتي ثماره.

وقد يسعد الحظ بعض الآباء والأمهات إذا كانوا يعيشون في منطقة تقدم فيها خدمة مخطط أو «مشروع بورتاج» Portage scheme. فهذه الخدمة تقدم المساعدة والنصح منزليًا للأطفال ذوي الصعوبات النمائية؛ حيث تم إرشاد الآباء إلى كيفية أداء دور فعال في تيسير تقدم الأطفال من أجل تحقيق الأهداف المطلوبة عبر خطوات صغيرة.

والأطفال التوحديون الصغار يمكن أن يحققوا استفادة كبيرة من (منحى بورتاج) Portage Approach، ولذلك ينصح الآباء والأمهات الذين تتاح لهم الفرصة بالمشاركة في «خدمات بورتاج» ليستفيدو منها. وفي بعض المناطق توجد مكتبات تتوافر فيها لعب Toy librarieS يمكن أن يجد فيها آباء الأطفال التوحديين مصادر فائدة غنية. وعلى نحو مشابه، يمكن أن تكون برامج اللعب للأطفال المعوقين متاحة وجيدة التنظيم بشكل عام. ومرة أخرى، فإنه يمكن للأطفال التوحديين تحقيق استفادة كبيرة من خلال المشاركة فيها.

ولعله يكون من أسوأ المواقف (أو السيناريوهات) عندما يسيء المتخصصون فهم مظاهر التوحد عن حسن نية، ولكن نتيجة لسوء الفهم، قد يفسرون

الصعوبات التي يواجهها الطفل التوحدي على أنها أعراض ناتجة عن سوء تصرف من جانب الآباء والأمهات أو عزو هذه الصعوبات إلى إفتقارهم للمهارات الوالدية. وعادة ما ينتج هذا الموقف عن إحساس بالذنب تجاه ما يظهره آباء الأطفال المعوقين من معانة، مما يؤخر بدوره فرص تبني أساليب واتجاهات بناءة إزاء المشكلات التي تواجهها الأسرة. ومعروف أن صعوبة التكيف مع إعاقة الطفل تكفي الآباء دون حاجة إلى أن نلومهم – ولو بطريق غير مباشر – عن التسبب في هذه الإعاقة.

ومن الأمور الثابتة التي يتعين التأكيد عليها عند تشخيص حالات التوحد أن يشعر الآباء أنهم لم يكنوا سببًا في إحداث هذه الحالة، ولكن هذا لا يعني نفي أن بعض جوانب تعاملهم مع الطفل قد تحدث تأثيرًا إيجابيًا وتسهم في تحسين أحوالهم. ومن الواضح، ان معظم الأسر السعيدة التي تتمتع بالاستقرار وجودة التنظيم، إذا وجد بها طفل توحدي، فإنها تخضع على الأرجح لنفس الضغوط المألوفة لدى المهتمين بأمور التوحد ولدى العاملين في هذا المجال.

وفي بعض الأسر، تدور الحياة حول الطفل التوحدي. فعادة ما يطلب من الأخوة أن يتعايشوا مع درجة مستمرة من التدخل في كل جوانب حياتهم، وأحيانًا ما يشعرون بعدم قدرتهم على حسن استضافة أصدقائهم في المنزل بسبب الإحراج الذي يحدثه أخوهم التوحدي. وأحيانًا لا تستطيع الأسرة قضاء بعض وقتها بالخارج بسبب المشكلات المرتبطة سواء باصطحاب الطفل التوحدي بتركه في المنزل. وفي إحدى الأسر، لم تمتنع الأسرة عن الخروج وحسب، وإنما شعر الوالدان بخجل عميق لوجود طفلة معاقة لديهم لدرجة أن الأم – تقريبًا – أصبحت منعزلة تمامًا؛ في محاولة لإخفاء طفلتها عن عيون الناس. والطفلة المعنية هنا كانت في

الحقيقة طفلة جميلة مشرقة تسر الناظرين، وكانت لديها القدرة والاستعداد للاستفادة من الخبرات والتجارب الاجتماعية.

وفي بعض الأسر، يميل الأطفال العاديون الأسوياء إلى تحمل مسؤولية أخوهم التوحدي أو أختهم التوحدية بصورة ربما تكون مبالغ فيها أو غير ضرورية. وقد يدعم هذا الميل آباء يميلون إلى تقديس الروابط الأسرية. وعلى أية حال، عندما حدث هذا في واحدة من الأسر، فإن الأخ الطبيعي لأخين توحديين وهبهما الكثير جدًا من حياته، لكنه – في المقابل – انتهز أول فرصة وغادر الأسرة إلى الجانب الآخر من العالم، في حين أن المرء يشعر بقدر غير ضئيل من الإعجاب بالموقف الإيجابي الذي اتخذته أم إزاء ابنتها التي قررت الأم ألا تحملها أدنى مسؤولية عن أخيها الأكبر التوحدي شديد الإعاقة. ومن ناحية أخرى يمكن القول أن الجمعية الوطنية للتوحديين تقدم باهتمام الآثار السلبية التي تضر بالأخوة العاديين نتيجة لوجود طفل توحدي بالأسرة. وقد عقدت الجمعية اجتماعًا لمجموعة من الأخوة والأخوات المعتمين بالموضوع وكان ذلك في عام ١٩٨٩، وقد أثمر هذا الاجتماع على فكرة مؤداها أن مثل هذه الاجتماعات يمكن أن تكون مفيدة، ولكن فائدتها تصبح أكبر إذا كانت أكثر تنظيمًا؛ وكان انعقادها في أوقات منتظمة وعلى أساس من التقسيم الإقليمي. وقد قدمت «باتريشيا هاولين» Patricia Howlin – إحدى القائمات على تنظيم هذا الاجتماع – تقريرًا عن هذا الموضوع.

إن احتياجات الأطفال العاديين يجب أن تلبى في نفس الوقت الذي يتم فيه التكيف لوجود طفل توحدي في الأسرة. وعلى أية حال، هناك إدراك تام أن مشكلتنا مع الأطفال التوحديين ليست ببساطة بمجرد مشكلة السهو عن احتياجاتهم، وإنما بالحرى هي محاولة حل المعادلة الصعبة لإيجاد الوقت والطاقة اللازمين لتلبية احتياجاتهم على نحو أكثر من مجرد أداء الحد الأدنى. وحتى في حالة عدم وجود

أطفال آخرين، فإن العلاقة الزواجية بين الوالدين قد تضار بشدة لنفس الأسباب. فالأمسيات التي يستولى عليها طفل توحدي لا تؤدي بالطبع إلى تقوية العلاقات. وإذا كان من الأيسر نسبيًا أن يعثر الوالدان على جليسة أطفال لأبنائهم العاديين، فإنهم يجدون حرجًا في فرض طفلهما التوحدي على فرد من خارج الأسرة – وأحيانًا على فرد من نفس الأسرة.

وقد يرحب بعض الآباء بفكرة الرعاية الفترية Respite (أو المؤقتة) بقدر كبير من الارتياح، تلك الرعاية التي تتضمن الإقامة في مؤسسات للإيواء أثناء العطلات الأسبوعية والأجازات، وأحيانًا لفترات منتظمة أكثر امتدادًا. وهذه البيوت توجد أحيانًا على مستوى العمل التطوعي، وتقدم أحيانًا من قبل السلطات المحلية، وتوفر بعض التنظيمات خدمة الرعاية المؤقتة على أساس من الاتفاقات الفردية مع الأسر التي تحتاج لهذه الخدمة، بما يتيح أن يحظى الطفل الذي يصعب التعامل معه بمن «يتبناه» لبضعة أيام لإعطاء أسرته المضغوطة بشدة فرصة لالتقاط الأنفاس. وعنوان جمعية اتصل – بأسرة ... مدون في الملحق (٢)، حيث يمكن تحقيق الاتصال بين الآباء ومنظمي هذه الخدمات المحلية. وأحيانًا عند عرض خدمة الرعاية المؤقتة على الآباء الواقعين تحت ضغوط شديدة، فإنهم يرفضونها. فرغم صعوبة الظروف التي تعانيها الأسرة، فإن أقتراح مثل هذه الخدمة يعزز لدى الوالدين الشعور بمشاعر الذنب والقلق. وهو المر الذي يمكن تفهمه ولكنه غير مفيد إطلاقًا. وعادة ما يستطيع الآباء، بعد حصولهم على جلسات للإرشاد النفسي، أن يدركوا قيمة وأهمية الفترة التي يقضونها بعيدًا عن أطفالهم التوحديين، وأن يتعلموا – ليس فقط قبول العرض – ولكن أيضًا اتخاذ خطوات إيجابية للاستفادة الكاملة من هذا الوقت. وأحيانًا ما تسهم الرعاية المؤقتة في إنقاذ باقي أفراد الأسرة من الانهيار، في نفس الوقت الذي لا يعاني فيه الطفل التوحدي من أية آثار سلبية على الإطلاق.

إن عدد مدارس الإقامة الداخلية المخصصة للأطفال التوحديين قد يكون قليلاً، ولكن هناك بعض البدائل الملائمة قد تكون متوافرة، وأحيانًا ما تستطيع الإر التكيف للوضع حتى يبلغ الطفل التوحدي سن الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة، حين يبدأ سلوك الطفل التوحدي – المقترن بزيادة حجمه – يكشف عن إعاقته. وقد تتزايد نفس مشاعر الذنب والإحساس بالنقص عند اقتراح فكرة إلحاق الابن بمؤسسة إقامة داخلية. ومع ذلك فإن فصل الطفل عن الأسرة يمكن أن يعزز فرص تحسن السلوك الذي يؤدى بدوره إلى إيجاد مناخ أفضل في نطاق الأسرة.

وعلى أية حال، لا توجد هناك وسيلة صحيحة أو خاطئة للآباء والأخوة يمكن أن يحققوا بها التكيف مع الوضع. ولكن يتعين على كل أسرة أن تبحث عن الحلول المناسبة لها، ونأمل أن يكون ذلك برعاية ودعم من المتخصصين الواعين. وربما من خلال تقديم أمثلة لنماذج من الأسر والأساليب التي اتبعتها للتعامل مع حقيقة وجود طفل توحدي بينها، يمكن أن يرى آخرون انعكاسًا لظروفهم بما يتيح لهم رؤية أفضل للمعاونة التي عليهم أن يسعوا للحصول عليها من أجل إحداث تغييرات تفيدهم.

وقد لا يكون آباء وأمهات الأطفال التوحديين على علم بأن من حقهم الحصول على مؤسسات رعاية من مؤسسة الضمان الاجتماعي. وذلك برغم أن الحصول على هذا الدعم قد يساعد على دعم قدرتهم على الصمود والمثابرة، وأن المال الإضافي قد ييسر إحداث بعض التغييرات التي تفيد الأسرة بكاملها.

وفي النهاية، وعلى الرغم من ان الصورة التي أعطيت عن الصعوبات التي يمكن أن تواجهها الأسرة ذات الطفل التوحدي، هي صورة تغلب عليها القتامة والكآبة، فإنه من الأهمية بمكان كبير التأكيد على أن هناك بعض الأطفال التوحديين الذين لا يصعب التعايش معهم ولا تظهر مشكلاتهم إلا على نحو هين.

الفصل الثامن

الخطة التربوية الفردية للأطفال التوحديين

- مقدمة.

أولا – مكونات ومعالم الخطة التربوية في مجال التوحد.

ثانيـاً – تحديد أهداف الخطة التربوية الفردي.

ثالثـاً – كتابة الخطة التربوية الفردية.

رابعـاً – دور الوالدين في وضع الخطة التربوية الفردية.

خامساً – الخطة التربوية الفردية للمعلمين للعاملين في مجال اضطراب التوحد.

- كلمة ختامية

الفصل الثامن

الخطة التربوية الفردية للأطفال التوحديين

مقدمة:

قبل البد في عرض الخطة التربوية الفردية للأطفال التوحديين، هناك سؤال يطرح نفسه هو.

ما هي الخطة التربوية الفردية؟

والإجابة هي أن : الخطة التربوية الفردية هي خطة مكتوبة تتضمن الأهداف التربوية السنوية للتلميذ ذي الاحتياجات الخاصة، والخدمات اللازمة لمساعدته على تحقيق هذه الأهداف، وطريقة تقويم مدى تقدمه. وحيث أن كل تلميذ لديه صعوبات ونقاط قوة واهتمامات خاصة به، فهو يحتاج إلى أهداف تربوية وخدمات مختلفة عن أهداف غيره من التلاميذ وتحقق له القدر الأمثل من التطور. وفي ضوء ذلك، لا توجد خطة تربوية فردية واحدة تناسب جميع الأطفال التوحديين، بل إن كل خطة تربوية فردية ينبغي أن تكتب وتصمم لتعكس الاحتياجات الفردية الخاصة بكل منهم.

وتستخدم الخطة التربوية الفردية كوسيلة إرشادية للأبوين والاختصاصيين الذين يعملون مع الشخص التوحدي (أو ذي الاحتياجات الخاصة من غير التوحد)، وتدلهم على لمسار الذي يتخذ في تعليم التلميذ. وبالإضافة إلى دورها الإرشادي، تستخدم الخطة التربوية الفردية كوسيلة إدارية تضمن حصول كل تلميذ ذي وضع خاص على ما يحتاج من تربية خاصة وخدمات أخرى تمكنه من الوصول إلى أقصى إمكاناته الكامنة. ومعلم التلميذ ذي الاحتياجات الخاصة مطالب في نهاية السنة الدراسية بانجاز الخطة التربوية الفردية لتلميذه، أي تعليم التلميذ الأهداف التربوية المقررة في هذه الخطة.

ويذكر «واجنر» (Wagner, ١٩٩٩, PP. ١٠١ – ١٠٥) أنه عند وضع الخطة التربوية الفردية لأي طفل توحدي يجب دعوة الأطراف التالية لحضور اجتماع وضع الخطة.

(١) أحد الوالدين أو كلاهما.

(٢) معلم الطفل.

(٣) المشرف الفني العام على برامج الأطفال، وعلى المعلمين.

(٤) الطفل نفسه إن أمكن.

(٥) أفراد آخرين مهتمين بالطفل (مثل الطبيب، أخصائي التخاطب... وما إلى ذلك من أفراد).

ويجب أن يتفق جميع الأطراف على الخطة التربوية الفردية الموضوعة للطفل.

وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism society of America ٢٠٠٤) إلى أن الخطة التربوية الفردية يجب أن تناقش مرة واحدة على الأقل سنويًا، أو تناقش خلال العام الدراسي أكثر من مرة إذا لزم الأمر. ذلك أن الوالدين ربما يطلبان نقد أو مراجعة الخطة التربوية الفردية لطفهما في أي وقت.

كما أن من النقاط المحورية التي تناقش مع الوالدين في اجتماع الخطة التربوية الفردية ما يلي:

الأولى – تصورهما عن مستقبل الطفل في السنة القادمة.

الثانية – نقاط قوة الطفل، واحتياجاته، واهتماماته من وجهة نظرهما.

الثالثة – أهم الاعتبارات التي يرى الوالدان ضرورة تضمنيها في خطة الطفل التربوية.

الرابعة – الأشياء التي تجعل الطفل فعالاً أو غير فعال.

الخامسة – مدى توضيح التقويم للصورة الصحيحة المعبرة عن حالة طفلهما.

وفي الصفحات التالية عرض لكل ما يتعلق بالخطة التربوية الفردية في مجال التوحد.

أولا: مكونات ومعالم الخطة التربوية في مجال التوحد:

يتعين أن تشمل الخطة التربوية الفردية للطفل التوحدي على تسع مكونات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

المكون الأول:

المستوى الحالي لأداء التلميذ (بناء على اختبارات رسمية وغير رسمية في الجوانب المختلفة من النمو):

وتساعد مثل هذه المعلومات على تحديد مستوى أداء التلميذ في جوانب النمو المختلفة؛ حتى لا يتم تعليمه ما عرفه من قبل، وتحديد مستوى الصعوبة في الأهداف. فإن أظهرت نتائج تقويم المستوى الحالي للتلميذ أن أداءه كأداء طفل في عمر سنتين، فلا ينبغي أن تبدأ عملية تعليمه أهدافًا لا تصلح إلا لمن بلغت قدرتهم مستوى خمس سنوات، لأن ذلك سيكون سببًا في إضاعة وقت القائمين على تعليم التلميذ، ووقت التلميذ نفسه. كما تساعد هذه المعلومات على تحديد جوانب القوة والضعف لدى التلميذ والتي سيتم بموجبها تحديد الأهداف التربوية بناء على ما يحتاجه واستنباط الأساليب التعليمية التي يمكنها أن تساعد على التعلم بطريقة أفضل. وفي أحد نماذج الخطة التربوية الفردية تكتب هذه المعلومات على صفحة نقاط القوة ونقاط الضعف، كالنموذج التالي:

نموذج للخطة التربوية الفردية.

فيما يلي نموذج للثلاث صفحات الرئيسية من الخطة التربوية للتلميذ ويتم تصوير عدد من الصفحات حسب الحاجة. ويمكن تعديل هذا النموذج بما يتناسب مع القارئ على أن يحتوي العناصر الأساسية التي سبقت الإشارة إليها. أما بالنسبة للأهداف التربوية، فينبغي أن يتلقى التلميذ تعليمًا لمهارات من مختلف المجالات التربوية والتي تتضمن ما يلي:

- الانتباه
- إتباع الروتين
- إتباع الجدول.
- المجال الاجتماعي
- المجال اللغوي.
- المجال الانفعالي
- المجال السلوكي
- مجال المجتمع المحلي
- المجال الأكاديمى.
- الاعتماد على النفس.
- التحضير للدمج.
- المجال المهني.
- المجال الإدراكي.
- المجال الحركي.
- القراءة الكتابة.
- الرياضيات.
- العلوم

وبالنسبة لتحديد الأهداف التربوية للخدمات المساندة كالنطق واللغة والتربية الفنية والتربية البدنية وما إلى ذلك، فيمكن لكل مختص تصميم نموذج يناسبه على أن يحتوي العناصر التالي:

١ – اسم التلميذ. ٢ – تاريخ بدء ونهاية الخطة التربوية.

٣ – اسم الشخص القائم على التعليم. ٤ – عدد مرات الحضور.

٥ – الأهداف التربوية طويلة الأمد والأهداف التربوية قصيرة الأمد على أن تكون قابلة للقياس.

الخطة التربوية الفردية للعام الدراسي

.... إلى ....

اسم التلميذ: .... تاريخ الميلاد: ....

الأشخاص المسؤولون عن تنفيذ الخطة التربوية: ....

....

العمر: .... تاريخ الالتحاق بالمدرس..............

طريقة قياس تقدم التلميذ نحو تحقيق الأهداف السنوية ....

(الأهداف طويلة الأجل) ....

....

كيفية إخبار أسرة التلميذ من تقدمه والتواصل معهم بشكل عام

....

الخدمات التعليمية المساندة وعدد ساعات الحضور أسبوعيًا

اللغة والتخاطب	التربية الفنية:	الموسيقي:
الكمبوتر:	العلاج الطبيعي:	
التربية البدنية:	التدريب المهني:	

الأدوية التي ....يستخدمها............ التلميذ

اسم الدواء	الجرعة	السبب	متى يأخذه؟	من سيعطيه الدواء؟	اسم الطبيب المعالج ورقم تليفونه

نقاط القوة ونقاط الضعف

اسم التلميذ: تاريخ التقويم:

نقاط القوة	نقاط الضعف	الملاحظات

المجـــــال

اسم التلميذ السنة الدراسية

الأهداف طويلة الأمد	الأهداف قصيرة الأمد	نسبة النجاح	طريقة عرض الدرس والمواد المستخدمة	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء

المكون الثاني: الأهداف السنوية/ الأهداف طويلة المد:

Long –Term objectives

يقصد بالأهداف، طويلة الأمد في الخطة التربوية الفردية، تلك الأهداف التي قد يستغرق تحقيقها العام الدراسي بأكمله. ولذلك فإنه عندما يتم تحديد المستوى التطوري للطفل، وتحديد أسلوب التعلم وجوانب القوة والضعف، يتم تحديد أهداف تربوية تعكس الاحتياجات الفعلية للتلميذ. والأهداف السنوية هي عبارة عن نص عام لما سيتعلمه التلميذ خلال السنة التي تشملها الخطة وعبارة «ستتحسن قدرة التلميذ على إتباع التعليمات الشفوية» تعتبر مثالاً مناسبًا للأهداف السنوية والمشكلة في هذه الأهداف طويلة الأمد أنه يصعب قياس التقدم فيها لأنها قد تكون عبارات عامة وشاملة. وما يحتاج أن يفعله الاختصاص إزاء ذلك أن يجزئ الهدف التربوي إل خطوات أصغر ويمكن قياسها، وتعرف بالأهداف قصيرة الأمد.

المكون الثالث: الأهداف قصيرة الأمد Short Term objectives

يقصد بالأهداف قصيرة الأمد في الخطة التربوية الفردية، تلك الأهداف التي تتضمن قائمة من المهام المحددة أو الأهداف القريبة الأمد التي تؤدي إلى تحقيق أهداف طويلة الأمد للفصل الدراسي كله، وربما العام الدراسي بأكمله.

وتحتاج الأهداف قصيرة الأمد أن تكون محددة وأن تحتوي معلومات عن كيفية قياس التقدم في تحقيقها وتحت أية ظروف يتم القياس. إن هذا سيساعد الوالدين والمعلمين على معرفة إن كان التلميذ يحرز تقدمًا وفائدة من عملية التربية والتعليم التي يقومون بها والأمثلة التالية نماذج من عبارات صحيحة تصف الأهداف قصيرة الأمد:

المكون الرابع: تحديد التوقعات في ضوء مستويات الأداء:

تعتبر هذه التوقعات جزءًا من الأهداف قصيرة الأمد، وتحدد بكل دقة ما هو متوقع من التلميذ أني يفعله، وتحت أية شروط يفعل، ومستوى الأداء الذي ينبغي أن يعمل به لكي يعتبر أنه تعلم الهدف التربوي. ويتم تحديد ذلك لكي يكون التقويم موضوعيًا ويفهمه كل من يتعامل مع التلميذ.

المكون الخامس: تحديد توقيت البدء في تنفيذ الأهداف وتوقيت الانتهاء من التنفيذ.

ذلك أن الأهداف طويلة الأمد عادة ما تستغرق نصف سنة دراسية وربما سنة دراسية كاملة. أما الأهداف قصيرة الأمد فقد تستغرق بضعة أيام أو أسابيع أو ربما بضعة أشهر. وينبغي كتابة تاريخ بدء السعي إلى تحقيق الأهداف قصيرة الأمد، وتاريخ تعلم التلميذ لها على الخطة التربوية الفردية.

المكون السادس: الاستراتيجيات والمواد المستخدمة في تحقيق الهدف أو الأهداف التربوية:

يتم في هذا الجزء وصف أسلوب العرض أو التقديم. فبعد تحديد الأهداف التربوية، يبنغي على المعنيين بتطبيقها تحديد طرق التعليم والأنشطة والمواد الملائمة لتعليم الأهداف الموضوعة. وقد يتضمن ذلك استخدام برنامج معين كبرنامج التواصل من خلال الصور (البيكس)، أو استراتيجيات سلوكية كالتدريب من خلال المحاولات المنفصلة، أو تعليم فردي أو تعليم جماعي أو تعليم من خلال الأنداد (الأقران) أو الحاسب الآلي، وما إلى ذلك.

المكون السابع: الخدمات التعليمية المساندة:

وهذه الخدمات هي التي يتلقاها التلميذ إلى جانب التدريب الأساسي في صفه، وقد تكون على جانب من الأهمية للتلميذ إذا كان سيحصل على عملية تربية وتعليم

تهتم بجميع احتياجاته. وتتضمن الخدمات المساندة تدريبات النطق واللغة والتواصل، والخدمات النفسية والسلوكية، والعلاج المهني، والعلاج الحركي، والتمارين الرياضية بينما تتضمن خدمات أخرى التربية الفنية وتدريبات على الكمبيوتر وأعمالاً موسيقية، لكل تلميذ حسب احتياجاته وما يوفره المركز. وينبغي أن تتضمن الخطة التربوية الفردية عدد الحصص (الجلسات) ومجموع ساعاتها الزمنية في الأسبوع لكل خدمة الخدمات التعليمية المساندة.

المكون الثامن: تحديد الطريقة التي سيقاس بها تقدم التلميذ نحو تحقيق الأهداف السنوية:

ذلك أن خطة التقويم هي التي ستوجه عملية مراقبة البرنامج والمراجعة السنوية. وهناك نوعان رئيسيان من أنواع التقويم هما التقويم المستمر، والتقويم الشامل. يحدث التقويم المستمر أثناء تنفيذ الخطة التربوية الفردية ويقدم هذا التقويم معلومات عن تقدم التلميذ في تحقيق أهداف تربوية محددة. بينما يتم تنفيذ التقويم الشامل بعد فترات تكون عادة في نهاية الفصل الدراسي. ويقيس هذا التقويم نتائج البرنامج التربوي الفردي بوجه عام. وفي حالة عدم تحقيق التلميذ للأهداف المحددة له في برنامجه، يتعين على الاختصاصيين المعنيين توثيق ذلك كتابةً، بما يفيد أن كل جهد ممكن قد بذل لمساعدة التلميذ على إنجاز الأهداف التربوية التي وضعت له. وبناء على المعلومات المستمدة من عملية التقويم، قد يقتضي الأمر مراجعة الأهداف التربوية وتغييرها، ويتم ذلك باتفاق بين الاختصاصيين المعنيين بتعليم التلميذ من جهة الوالدين من جهة أخرى.

المكون التاسع: تحديد كيفية إخبار أسرة التلميذ عن مدى تقدمه:

يتم ذلك عادة من خلال تقارير ترسل إلى الأسرة، واجتماعات تحدد مع مدرسة التلميذ مع استخدام دفتر التلميذ اليومي. وينبغي أن يتم ذلك على الأقل بعدد المرات التي يتم إخبار الوالدين فيها عن تقدم أطفالهم العاديين.

وما دمنا بصدد الحديث عن مكونات الخطة التربوية الفردية، فإنه يجدر ذكر أن «رونالد كولارسو» و«وكولين أوروك»(٢٠٠٣: ٣٦) يشير أن إلى أن الخطة التربوية الفرديّة للطفل التوحدي يجب أن تتضمن النقاط السبع التالية:

الأولى – مستوى الأداء التعليمي الحالي للتلميذ.

الثانية – الأهداف السنوية «طويلة الأمد» والأهداف قصيرة الأمد.

الثالثة – بيان بالخدمة التعليمية التي ستقدم لحقيق الأهداف، ومن الذي سيقدمها، وأين ستقدم؟

الرابعة – تاريخ بدء الخطة، والمدة المتوقعة لإنهائها؟

الخامسة – توضيح مدى قدرة الطفل على الاشتراك مع الأطفال الآخرين «غير التوحدين» في الأنشطة العامة بالفصل، أو الأنشطة الواقعة خارج المقررات، أو غير الأكاديمية.

السادسة – إعداد خطة التقييم ومعاييرها لبيان ما إذا كانت الأهداف التي تم وضعها قد تحققت أم لا.

السابعة – إعداد خطة انتقالية تبدأ في سن الرابعة عشر كحد أقصى – وتعتبر الخطة الانتقالية من العناصر الجديدة التي أضيفت للخطة التربوية الفردية. لتعمل على إعداد التلميذ لأنشطة ما بعد المدرسة (التدريب المهني، الوظيفة، خيارات الإقامة، والماركة في أنشطة المجتمع. ذلك أن هدف

الخطة التربوية الفردية هو تعليم التلاميذ المهارات المطلوبة للوظيفة، والحياة بعد مغادرة المدرسة.

ثانيًا: تحديد أهداف الخطة التربوية الفردية:

سبقت الإشارة في أولاً إلى أن الخطة التربوية الفردِّية تتضمن تسع مكونات هي:

(١) المستوى الحالي لأداء التلميذ بناءًا على اختبارات رسمية وغير رسمية، في الجوانب المختلفة من نموه.

(٢) الأهداف طويلة الأمد.

(٣) الأهداف قصيرة الأمد.

(٤) تحديد التوقعات في ضوء مستويات الأداء.

(٥) تحديد توقيت البدء في تنفيذ الأهداف وتوقيت الانتهاء من التنفيذ.

(٦) الاستراتيجيات والمواد المستخدمة في تحقيق الهدف أو الأهداف التربوية.

(٧) الخدمات التعليمية المساندة.

(٨) تحديد الطريقة التي يقاس بها تقدم التلميذ نحو تحقيق الأهداف السنوية.

(٩) تحديد كيفية إخبار أسرة التلميذ عن مدى تقدمه.

ويهمنا في ثانيًا أن نحدد الأهداف التي تسعى الخطة التربوية الفردية إلى تحقيقها. وبادئ ذي بدء هناك ثلاث خطوات لتحديد أهداف الخطة التربوية الفردية يمكن عرضها على النحو التالي:

الأولى: جمع كل المعلومات المتاحة عن التلميذ التوحدي لتحديد احتياجاته:

ينبغي أن تتم مراجعة التقارير السابقة للتلميذ، بما في ذلك التقارير التربوية والنفسية والطبية، وتقارير مقابلات تمت مع أحد الوالدين أو كليهما. هذه المعلومات ستساعد على تحديد مستوى أداء التلميذ ومواطن قوته ومواطن ضعفه، ومعرفة مسوياته التطورية والدراسية. وبناء على هذه المعلومات، يستطيع المهتمون

أن يضعوا محتويات الخطة التربوية الفردية الأساسية. كما ينبغي أن تكون الأهداف التربوية التي يضعها جميع المختصين القائمين على تعليم التلميذ مرتبط بعضها بالبعض الأخر. ويتم ذلك من خلال اجتماعات تتم فيها مناقشة الأهداف المبدئية للتلميذ.

الثانية: الإجابة عن بعض الأسئلة العامة

وهناك العديد من التساؤلات العامة والخاصة التي يتعين على كل من الوالدين والمعلم الإجابة عنها، لأنها بالضرورة ٠ سوف تساعدهم في تحديد احتياجات كل تلميذ، ومن بين هذه التساؤلات ما يلي (وفاء الشامي، ٢٠٠٤/ ج ١ : ٣٩٨- ٤٠٠):

١- ما هي المهارات التي يحتاج إليها التلميذ لكي يكون مستقلا في حياته؟ وما أهم الأهداف للفترة الراهنة؟

إن أهم أهداف الفترة الراهنة هي التي تنطوي على أكبر درجة من التأثير على حياة التلميذ. ويتم تحديد الأولويات في هذه الأهداف من خلال مقابلة أسرة التلميذ. وتحليل البيئة الأسرة وللتلميذ والمهارات اللازمة للتعامل في هذه البيئة. ويتضمن ذلك تحديد أنشطة التلميذ اليومية ولأسبوعية، منذ وقت استيقاظه إلى وقت نومه وبعد ذلك، يتم تحديد ما يحتاج إليه التلميذ من مهارات، والأولويات التي ينبغي تعليمها في الدرجة الأولى. وبوجه عام، فإنه في بداية مراحل التدريب، تتضمن أهم الأهداف عادة تعليمه مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك اللائق وإتباع روتين الفصل بما في ذلك الجداول اليومية، كما ينبغي تعليم التلميذ التعامل اللائق مع إخوته وجميع أعضاء أسرته لما في ذلك من تأثير على نوعية حياته اليومية..

٢ — هل يستطيع التلميذ أن يعبر عن أهم احتياجاته الأساسية؟

هذا السؤال من أهم الأسئلة التي يمكن أن تطرح في هذا الصدر على المعلم حيث أن للقدرة على التواصل أهمية كبيرة في حياة الفرد. ولعلك تتصور السيناريو التالي لتفهم ما يعنيه التواصل. تصور نفسك في دولة أجنبية في عالم لا تفهمه، يختلف فيه الناس عنك. إنك لا تفهم شيئًا مما يحدث حولك، والناس لا يفهمون حتى إيماءاتك. تريد أن تأكل ذلك الطعام الذي أحببته لكنك لا تعرف اسمه، وتريد أن تذهب إلى مكان أحببته لكنك لا تجد أحدًا يسمع إليك. الأهم من ذلك كله، أنك تجد أناسًا يريدونك أن تفعل أشياء لا تعرف ما هي ولا كيف تفعلها أو كنت لا تريد أن تفعلها. وعندما أبديت مقاومة للدلالة على انك لا تريد أن تفعل شيئًا، ضربوك وصرخوا في وجهك. كيف سيكون شعورك؟ ألا يعتريك الغضب في مثل ذلك الوضع؟ كيف ستعبر عن غضبك؟ فكر الآن في كيفية حل مشكلتك. إنك في حاجة أولاً وقبل كل شيء إلى أن تتعلم كيف تتواصل مع هؤلاء الناس وتعبر لهم عن أهم احتياجاتك من حاجتك إلى الطعام أو الشراب أو عمل شيء تفضله، أو أن تقول لا، أو أن تطلب المزيد من شيء تريد الحصول عليه. وتريد أيضًا أن تفهم البيئة التي من حولك هذه الأوضاع تمثل كيف يشعر التلميذ التوحدي الذي لا يتمكن من التواصل مع الغير. وبالتالي، فإن ما يحتاج إليه هؤلاء الأطفال هو تخطيط دقيق يهيئ لهم فرصًا كثيرة لكي يتعلموا التعبير عن أنفسهم وفهم غيرهم من الناس الموجودين حولهم. إن لهم حقًا، كما هو لنا جميعًا في أن يكونوا سعداء ومستقلين وفخورين بأنفسهم.

٣- هل يساعد تعلم المهارات على تحسين نوعية حياة التلميذ؟ وهل يجعله أكثر استقلالا؟

في كثير من الأحيان، يتم تعليم الطفل ذي الاحتياجات الخاصة مهارات من زاوية نهائية تحدد تسلسل التطور الطبيعي للأطفال في مجالات النمو المختلفة بما في ذلك الإدراك والحركة واللغة والمهارات الاجتماعية والانفعالية والاعتماد على النفس، ويتم تعليم التلاميذ إتباع هذا التسلسل. ونتيجة لذلك، يكون هناك أمثلة كثيرة يضيع فيها وقت التلميذ وهو يتعلم مهارات لا يحتاج إليها في الحقيقة. هذا النوع من التدريب لا يتناسب مع الأطفال التوحديين لأن نموهم وتطورهم لا يجري وفق التسلسل العادي لنمو وتطور المهارات. وبالتالي، ينبغي التركيز على تعليمهم التي ستساعدهم على أن يصبحوا أكثر استقلالاً، ومن ثم تسهم في تسحين نوعية حياتهم.

٤ – في أية أوضاع يمكن أن تطبق هذه المهارات؟ وهل يحتاج التلميذ هذه المهارة حاليًا وفي المستقبل؟

بوجه عام، ينبغي تعليم التلميذ مهارات يمكن أن يستخدمها في معظم المواقف، سواء كان ذلك في البيت أم في المدرسة أم في المجتمع. وفي المقابل، ينبغي تجنب تعليم تلك المهارات التي لن يستخدمها التلميذ إلا في وضع محدد.

٥ – هل يعاني التلميذ مصاعب في المعالجة الحسية؟

معظم الأطفال التوحديين ليهم مصاعب في المعالجة الحسية. ويلزمنا أن نهتم بهذه الأمور عندما نخطط لوضع خطة تربوية فردية، لاسيما في كيفية تصميم البيئة المناسبة للتلميذ.

٦ – هل يبدي التلميذ اهتمامًا بتعلم مهارات معينة؟

إذا كان التلميذ يريد أن يتعلم شيئًا، فمن الأرجح أن يكون لديه حافز كبير لتعلمه. وفي ضوء ذلك، سيكون انتباهه وسرعة تعلمه أفضل مما هما عليه فيما لو تعلم هدفًا مفروضًا عليه فرضًا ويمكن كذلك استخدام اهتمام التلميذ في تعليمه أشياء أخرى أيضًا. فإذا كان التلميذ مهتمًا بالسيارات على سبيل المثال، فعلى المعلم أن يستخدم السيارات في تعليمه التواصل وكيفية اللعب وكيفية المشاركة الاجتماعية مع الكبار والأقران والألوان والأعداد والمواقع والمهارات الجغرافية والمهارات الميكانيكية وغير ذلك بما يتناسب مع مستوى التلميذ واحتياجاته.

٧ – ما الذي يمكن عمله لإضافة مسحة المرح على عملية التعليم؟

الحاجة إلى المرح والسعادة بالغة الأهمية. والمشكلة في الكثير من البرامج التي توضع للأطفال التوحديين أنها مبنية على الاعتقاد بأن علمية التعليم ينبغي أن تكون مملة وأن تعتمد على التكرار، وهو شيء لا صحة له على الإطلاق. فإذا كان التلميذ يستمتع بما يفعل فمن المرجح أنه سيكون أكثر انتباهًا لك، وأكثر قابلية ليتعلم منك ما تعلمه، وأفضل إصغاء لما تقول، وأكثر استجابة لما تطلب منه أن يفعله. والمربِّي بدوره سيكون أكثر استمتاعًا بما يفعل لأن المرح قد يكون علاجًا للنفس المرهقة، سواء كانت نفس المعلم أم التلميذ (وفاء الشامي، ٢٠٠٤: ٤٠٠).

الثالثة: الإجابة عن بعض الأسئلة الخاصة

وكما أن هناك العديد من التساؤلات العامة التي يتعين على كل من الوالدين والمعلمين للإجابة عنها، لأنها – بالضرورة سوف تساعدهم في تحديد احتياجات التلميذ؛ هناك أسئلة خاصة يتعين على المعلم وحده أن يجب عنها، لأنها سوف تساعده في اختيار الكيفية التي سيعرض بها الأهداف التربوية من جهة، وكيفية تعليمها من جهة أخرى، ومن بين هذه التساؤلات ما يلي:

١ – ما هي أفضل الطرق لتعليم الطفل التوحدي مهارة جديدة.

إن الكتابات المتاحة في أدبيات التربية الخاصة تشير إلى

٢ – ما مدى انتباه التلميذ؟

بمعنى في أية أوضاع يزيد احتمال انتباهه، وفي أية أوضاع يقل انتباهه؟ وما هي أفضل طريقة لتعيد توجيه انتباه التلميذ؟ وما هي أفضل طريقة لإبقائه منتبهًا، وما هي أفضل طريقة لجذب انتباهه؟ ما الذي يحفز التلميذ؟ ما هي الأنشطة التي يحبها فعلاً؟

٣ – كيف يتعامل التلميذ مع التغيير؟ وما أفضل طريقة للتعامل مع التغيير، وكيف نشرح له أن التغيير قريب؟

٤ – ما الذي يحبط التلميذ؟

٥ – ما هو أفضل وضع يتعلم فيه التلميذ من حيث الأنوار؟ الضجيج؟ الحرارة؟

٦ – هل يصاب التلميذ بنوبات غضب؟ وما أكثر الأوضاع إثارة لنوبات غضبه؟ وما أفضل طريقة للتعامل مع نوبات غضبه؟

ثالثا – كتابة الخطة التربية الفردية[1]

أشرنا في ثانيًا إلى الخطوات الثلاث التي على أثرها يمكننا تحديد أهداف الخطة التربوية الفرديةوهي:

(١) جمع كل المعلومات والبيانات المتاحة عن التلميذ التوحدي لتحديد احتياجاته.

(٢) الإجابة عن بعض الأسئلة العامة.

(٣) الإجابة عن بعض الأسئلة الخاصة.

ويهمنا في ثالثًا أن نشير إلى طريقة كتابة الخطة التربوية الفردية، ممثلة في كتابة الأهداف طويلة الأمد، والأهداف قصيرة الأمد.

(١) كتابة الأهداف طويلة الأمد.

بعد جمع المعلومات السابقة يكون المعلم أو الاختصاصي مستعدًا لتحديد الأهداف طويلة الأمد الخاصة بالتلميذ بشكل مبدئي وعند تصممي الخطة التربوية الفردية ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار وضع التلميذ وسرعته في التعلم ففي ضوء ذلك يتم اتخاذ القرار حول عدد الأهداف طويلة الأمد. فالتلميذ الذي يعاني تأخرًا شديدًا على سبيل المثال، ستوضع له أهداف سنوية أقل عددًا من الأهداف التي توضع لطفل مرتفع الأداء وكما سبق أن ذكرنا ينبغي إعطاء أشد جوانب العجز التي تؤثر على حياة التلميذ الأولوية في الخطة. ومن أمثلة الأهداف طويلة الأمد ما يلي:

(١) أن يطلب التلميذ حاجاته الأساسية.

(٢) أن يتمكن التلميذ من إتباع الروتين المتبع في الفصل الدراسي.

(٣) أن يتحسن انتباه التلميذ للمهام التي يؤديها.

(٤) أن يعتمد التلميذ على نفسه في الأكل.

---

[1] – لا ينبغي بأي حال من الأحوال، أن يتم تصميم الخطة التربوية الفردية دون استشارة الأسرة، ودون اشتراكها في تحديد الاحتياجات الخاصة بالتلميذ.

(٥) أن يستخدم التلميذ الألعاب بشكلها الصحيح.

٢ – كتابة الأهداف قصيرة الأمد.

سبقت الإشارة إلى أن الأهداف قصيرة الأمد هي الخطوات أو المكونات الجزئية للأهداف السنوية أي طويلة الأمد والأهداف السنوية يمكن تجزئتها إلى (٣٠) هدفًا قصير الأمد أو (٥) خمسة أهداف قصيرة الأمد أو أقل. أما عدد الأهداف التي ينبغي تجزئة كل هدف طويل الأمد إليها، فإن هذا يعتمد على شدة إعاقة التلميذ وعلى صعوبة المهمة وطبيعتها وعادةً، فإنه كلما كان التأخر التطوري (التأخر في النمو) لدى التلميذ أشد، كان على المعلم أن يزيد من تجزئة الهدف السنوي إلى خطوات أصغر.

وعندما تحدد المكومات الجزئية للأهداف السنوية، ينبغي تدوين كل خطوة (هدف قصير الأمد) منها في الخطة التربوية قابلة للقياس، كما ينبغي أن تتضمن المعلومات التالية:

أ – أن نتوقع ما يمكن أن يفعله التلميذ التوحدي:

ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن الهدف قصير الأمد يحدد ما هو متوقع من التلميذ أن يفعله وليس ما سيفعله المعلم. وعلى سبيل المثال، يعتبر الهدف القائل «سيقوم المعلم بتعليم التلميذ كذا وكذا» غير مناسب.

ب- أن نحدد بالضبط ماذا يفعل التلميذ التوحيدي فعلا :

ينبغي تحديد ذلك بكل دقة. علينا أن نكون واضحين جدًا هنا فيما نعنيه وذلك باستخدام كلمات تقبل القياس. بمعنى أن أي شيء يحدث في الرأس ولا نراه ليس قابلاً للقياس، وأية أفعال نستطيع أن نراها هي أهداف قابلة للقياس. فالتفكير والتعلم والتذكر على سبيل المثال أمور غير قابلة للقياس لأنك لا تستطيع أن تشاهدها، ومن ثم لا تستطيع أن تقرر إن كان التلميذ يتقدم أو لا يتقدم فيها. أما

تسمية الأشياء بأسمائها، كارتداء الملابس على سبيل المثال فهي أمور قابلة للقياس لأنك تستطيع أن تراها. ويمكن القول بوجه عام أن الأفعال الإجرائية – التي تنطوي على تصرفات حركية – قابلة للقياس، والنموذج التالي يوضح عددًا من الأمثلة على هذين الأفعال القابلة للقيام ما يلي:

يقول، يسمي، يؤثر، يأخذ، يعطي، يطلب، يطابق، يصنف، يضع، يرسم، يلون، ينقل، ينسخ، يقرأ، وما إلى ذلك.

ومن الأفعال غير القابل للقياس ما يلي:

يحفظ، يتعلم، يفكر، يحس، يعرف، يتضايق، يفرح، يتذكر، يتحسن.... وما إلى ذلك.

جـ - تحت أية شروط (ظروف)؟

ينبغي أن يتضمن هذا الجزء المكان، ونوع المساعدة التي سيقدّمها المعلم، والمواد (والأدوات المستخلصة).

وعلى سبيل المثال

- تحت أية شروط: عند عرض مقص بلاستيكي صغير وورقة مرسوم عليها خط بطول ٢٥ سم.
- المكان: في فصل التلميذ. من سيفعل الشيء؟ التلميذ «أحمد»
- ماذا سوف يفعل التلميذ: سيقوم «أحمد» بالقص دون الخروج عن الخط.
- نوع المساعدة: بدون مساعدة.

د – تحديد مقياس النجاح:

بعد أن يحدد المعلم الهدف، يتعين عليه تحديد مقياس النجاح الذي يريد أن يستخدمه، أي عدد المرات التي ينبغي أن ينجح فيها التلميذ في أداء الهدف التربوي من بين عدد معين من المرات التي يتطلب منه أداء المهارة. وعلى سبيل المثال، عندما

يحدّد المعلم أن عليه أن يؤدّي المهارة صحيحة في كل مرة من خمس مرات يُطلب منه ذلك لكي يعتبر المعلم قد تعلم المهارة بالفعل، فإنه يستخدم نسبة النجاح ٤/ ٥ أو ٨٠ ٪. ويعتبر تحديد مقياس النجاح مهمًا لأسباب عديدة، أحدها أن التلميذ إذا أدّى المهارة مرة واحدة من كل عشر مرات يطلب منه أداءها فإن أداءه هذا لا يعني أنه أتقن المهارة التي يريد أن يعلمه المعلم إياها. وعندما يختار مقياس النجاح يجب أن يكون مبنياً على ما يلي:

(أ) طبيعة العمل الذي يؤديه التلميذ.

إذ هناك بعض المهارات التي يحتاج التلميذ أن يؤدّيها بنسبة نجاح كاملة كمهارات التعامل مع المواقف الخطرة، ومهارة قضاء حاجته في الحمام، والمهارات التي تشكل أساسًا لتعلم مهارات أخرى. هذه المهارات ينبغي أن يكون النجاح فيها عاليًا. فإذا كان على سبيل المثال سنعلم التلميذ الأعداد من (١ – ٣)، فمن المهم أن يحقق التلميذ معدل نجاح مرتفع ستبنى على هذه المهارة بتعليمه أعدادًا أخرى.

(ب) الإنجازات السابقة للطفل في المهارة المحددة والأداء الإدراكي للطفل وقابلية التلميذ للتعلم بوجه عام. فإذا كان التلميذ متقلب المزاج، فمن غير الواقع أن يطلب منه نجاح ١٠ مرات من ١٠ مرات لذلك يجب على المعلم أن يحدد معدّلات النجاح وفقًا لوضع التلميذ.

أمثلة للأهداف طويلة الأمد والأهداف قصيرة الأمد:

مثال لهدف طويل الأمد:

سيتحسن استعداد «أحمد» للتعلم.

قصيرة الأمد:

١ – عندما يدعوه المعلم باسمه (تحت اية شروط).

يجيب «أحمد» من أول مرة يسمع اسمه من خلال النظر إلى المعلم (ماذا سيفعل)، دون اعتماد على أحد (نوع المساعدة)، في غرفة الفصل الدراسي وفي الملعب (المكان)، ثمان مرات من عشر محاولات متتالية (مقياس النجاح).

٢ – عندما يقو المعلم «انظر إلى هذا الشيء» ويعرضه (أي شروط)

سيجيب «أحمد» على الأمر(«انظر لهذا الشيء») من خلال النظر إلى الشيء المعروض من أول مرة، وبدون مساعدة (نوع المساعدة)، في الفصل الدراسي وغرفة الطعام وفي الملعب (المكان)، ثمان مرات من عشر محاولات (النجاح).

٣ – عندما يقول المعلم «أجلس على الكرسي» ويقدم مساعدة بصرية في هيئة صورة (شروط)،

سيجلس «أحمد» (الشيء) على الكرسي لمدة عشر دقائق (ماذا سيفعل)، دون مساعدة من احد (نوع المساعدة) ثلاث مرات في اليوم من خمس محاولات متتابعة يوميًا (مقياس النجاح).

أمثلة لأهداف قصيرة الأمد وغير دقيقة	
[الأهداف]	**[سبب عدم الدقة]**
(١) سيفهم التلميذ أنظمة غرفة الدراسة	[كيف نعرف أنه فهمها؟]
(٢) سيتذكر التلميذ الأعداد من ١ إلى ١٠ ويمكن استبدال كلمة «يتذكر» بكلمة«يعد» تصبح الجملة قابلة للقياس.	[كيف نعرف أنه تذكرها؟]
(٣) سيعبر التلميذ عن احتياجاته	[أية احتياجات، وكيف سيعبر عنها؟]

رابعًا: دون الوالدين في وضع الخطة التربوية الفردية:

سبقت الإشارة إلى أن الخطة التربوية الفردية يتم وضعها من قبل المركز أو المدرسة التي يستند إليها الدور الخاص بأعداد المعلمين وتدربهم على تطبيق تلك الخطة بكفاءة. وأن للوالدين دور فعّال في وقع الخطة التربوية الفرديَّة الخاصة بطفلهما. وفي هذا الصد يوضح «توماس فولس» . ٢٠٠٢ .False ما يتضمنه هذا الدور في النقاط الأربع الرئيسية التالي:

الأولى – أن يقتنع الوالدن بأنه لا يوجد ما يسمى: أفضل خطة تربوية فردية، أو ما يسمى أفضل علاج ذلك أن كل خطة لها ما يميزها وكل طفل يمثل حالة مستقلة، فالخطة التي تنجح مع طفل ما قد لا تنجح مع طفل آخر، والعلاج الذي يحقق نتائج طيبة مع طفل ما، قد لا يحقق نفس النتائج مع طفل آخر.. وهكذا.

الثانية – أن المعلمين – بالمركز أو المدرسة – إذا لم يكونوا قد تلقوا تدريبًا جيدًا على هذه الخطة، فإن النجاح والفاعلية المتوقعة منها، لن تتحقق.

الثالثة – أنه يجب على الوالدين أن يتأكد أن المركز أو المدرسة يستخدمان طرقة أو برنامجًا، أو طريقة تدريس معروفة ولها فاعلية وهذا الأمر يتطلب منهما قدرًا كبيرًا من الاطلاع لمعرفة أحدث، وأفضل البرامج المستخدمة في مجال التوحد.

الرابعة – أنه من الضروري أن يتتبع الآباء والأمهات تقدم أطفالهم في المركز أو المدرسة، فإذا وجدوا أن الطفل لم يحرز تقدمًا ذا معنى، وتمكنوا من إثبات ذلك، فعليهم دفع المركز أو المدرسة إلى إضافة خدمات أخرى لبرنامج الطفل، أو تعديل هذا البرنامج.

وفي ضوء الحقيقة القائلة بأن متابعة الطفل التوحدي والوقوف على مدى تقدمه أمر في غاية الأهمية من جانب أولياء الأمور، فإنه يتعين عليهم أني يقوموا بتقييم مهارات الطفل في الجوانب المختلفة سواء باللجوء إلى متخصّص من خارج

المدرسة، أو من داخل المدرسة، وذلك في بداية العام الدراسية بتقديم ورقه تتضمن مستوى الأداء الحالي للطفل Chid,s presentment of performance (PLOP) .

وتنقل «سماح سالم» (٢٠٠٥ : ٨٢) عن «توماس فلوس» Flse (٢٠٠٢) من أنه من الأفضل أن يستخدم في التقييم القبلي استمارات التقييم الخاصة بالمجالات المختلفة[1] Checklist نظرًا إلى أن هذه الاستمارات تتضمن جميع المهارات الخاصة بأي مجال، فهناك استمارة رعاية الذات، وهناك استمارة المفردات اللغوية وهناك استمارة المهارات الحركية بنوعيها الصغرى والكبرى وما إلى ذلك. ذلك أل أهمية استخدام هذه الاستمارات يرجع إلى أنها تشتمل على جميع المهارات الخاصة بكل مجال، وأنه عند إجرائها في بداية العام، توضع علامات أمام كل مهارة تشير إلى قدرة الطفل، أو عدم قدرته على القيام بها، ومن ثم تكون المهارات التي لم يتمكن الطفل من القيام بها؛ هي الأهداف التي يجب تضمينها في الخطة التربوية الفردية الخاصة به. The IEP goals and abjections

ومنذ هذه اللحظة، تكون المدرسة مطالبة بتحقيق تلك الأهداف، وإذا لم يحدد أولياء الأمور المستوى الحالي لطفلهم، فإنهم بذلك لن يمتلكوا الخط الأول للأداء اللازم لقياس النجاح أو الفشل، ومن ثم لن يتمكنوا من تحديد ما إذا كانت المدرسة تحقق نجاحًا مع الطفل أم لا.

---

[1] - قائمة مراجعة السلوك: Behavior Checklist

نظام من تقييم (وفرز) الأطفال غير القادرين على التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك بتقييم فئات محددة من المهارات الإدراكية – الحركية وقد نمى هذا الأسلوب من الدراسات التي أظهرت أن العلامات المبكرة، والمنذرة بعدم القدرة على التعلم تظهر في السمات اللغوية للطفل في العامين الثالث والرابع خاصة في ميدان التأخر اللغوي (جابر وكفافي، ١٩٨٩ : ٣٨٣)

خامسًا – الخطة التربوية الفردية للمعلمين العاملين في مجال اضطراب التوحد:

يشير «مينج شي» Meng chee ٢٠٠٠ إلى توجه عقلي حديث يرى أن مفهوم الخطة التربوية الفردية لم يعد قاصرًا على الأطفال، ذلك أن المعلمين أصبحوا – هم الآخرين – مطالبين بأعداد خطة تربوية فردية لأنفسهم؛ بحيث تتضمن خطة لتغيير سلوكهم التواصلي مع الطفل.

وغالبًا، ما يبرر المعلمون عدم اهتمامهم بوضع خطة تربوية فرديَّة لأنفسهم بضيق الوقت؛ على الرغم من أن الأمر قد لا يتطلب – من وجهة نظر «مينج شي» أكثر من خمس دقائق يوميًا. ثم يوضح خطوات الخطة التربوية للمعلم في الخطوات الثلاث الرئيسية التالية:

الأولى – تحديد الهدف Define affective

وفيها سيتم تحديد الذي يمكن اعتباره هدفًا يجب تغييره فعلى سبيل المثال؛ عندما يسأل المعلم الطفل سؤالاً، ويقوم بمساعدة الطفل مباشرة بعد إلقاء السؤال، فإنه، ينمي في الطفل الاعتمادية، ومن ثم يكون هو في حاجة إلى أن يعد لنفسه خطة تربوية فردية تتضمن الهدف التالي: انتظر همس ثوان قبل تقدم المساعدة للطفل، أو قبل تكرار السؤال.

الثانية - التنفيذ Implement

وفيها يتعين على المعلم قراءة ما يساعده على إحداث التغيير.

فعلى سبيل المثال يتعين على المعلم الإطلاع على ما كتبه لوفاس، أو أية كتابات أخرى تتناول تحليل السلوك التطبيقي[1]. فيقرأ ما يتعلق بالسلوك (Behavior, B)؛

وما يسبقه (Antecedent, A) وهو ما يعرف بإستراتجية (A-B)(1) فيقوم بعمل قائمة بالسوبق الخاصة بسلوكيات معينة لتغييرها

وبالعودة إلى المثال السابق تكون كالتالي:

– السوابق: كل يوم أسأل الطفل التوحدي بعد أن تناول غداء: ماذا أكلت؟

– السلوك: أقوم بالعد من واحد إلى خمسة قبل تقديم المساعدة للطفل.

الثالثة – انعكاس (تأثير الخطوتين السابقتين) Reflect في هذه الخطوة الثالثة يسأل المعلم نفسه الأسئلة التالية مع كل هدف من الأهداف التي وضعها لنفسه:

١ – أي من الأهداف تم تحقيقه؟

٢ – لماذا تحققت هذه الأهداف؟

٣ – أي من الأهداف لم يتحقق؟

٤ – ما الشيء الذي يتعين عليّ القيام به بشكل مختلف في المرة القادمة؟

ويذكر «مينج شي» أنه بعد مرور ستة أشهر من الخطوة الثالثة، يتعين على المعلم أن يراجع سلوكه، قبل أن ينتقل إلى تعلم مهارة جديدة. ويرى «شي» أن الخطوات الثلاثة السابقة، سوف تجعل المعلم قادرًا على تغيير طريقة تواصله مع الطفل مع الطفل بما يجعله أكثر نجاحًا في تعليم الطفل التوحدي. كما أن قيام المعلم بعمل خطة تربوية فردية لنفسه لا يتطلب كثيرًا من الوقت، فبمجرد أن يعتاد عليه سيصبح عملاً روتينيًا سهل التنفيذ. وأن البداية قد تكون صعبة ومجهدة، إلا أن أداء هذا العمل سيذكر المعلم أن التعلم من أجل التغيير ليس سهلاً، وأن هذه المشاعر هي نفس المشاعر التي يشعر بها الطفل التوحدي عندما نطلب منه أن يتغير.

(-) كلمة ختامية:

تهدف الخطة التربوية الفردِّية إلى استغلال جوانب القوة وإشباع حاجات الطفل التوحدي. ويضم الفريق الذي يضع هذه الخطة معلم تربية عامة، ومعلم تربية خاصة، وممثل المدرسة للإشراف على تصميم برامج التربية الخاصة، وشخص يفسر نتائج التقييم، والطفل نفسه (إذا كان بمقدوره ذلك)، وأشخاص آخرون لديهم خبرة في برامج التربية الخاصة،

ويتعين أن تصف الخطة التربوية الفردية مستوى الأداء الحالي للطفل، وأهداف العام الدراسي المدرسي، وخدمات التربية الخاصة، وإجراءات التقويم. ويعد إعداد خطة تربوية فردية – أمر في غاية الأهمية – للأطفال التوحديين؛ لأنه يتطلب من المدرسة أن تطور الخطة، وأن تنفذها عن طريق أشخاص مدربين؛ بهدف تحقيق وإشباع احتياجات الأطفال التوحديين، لا مجرد وضعهم بشكل روتيني في برنامج.

ويتحمل فريق العمل – الذي يقوم بوضع الخطة التربوية الفردية – مسؤولية تحديد جوانب القوة من ناحية، واحتياجات الطفل من ناحية ثانية، وحاجات الأسرة من ناحية ثالثة. هذا بالإضافة إلى وضع الأهداف – بنوعيها قريبة الأمد وبعيدة الأمد – ووسائل تنفيذها وإجراءات التقييم. ويجب أن تصف الأهداف ما هو متوقع من الطفل التوحدي أن يحققه أو ينجزه. وعلى الأهداف طويلة الأمد وقصيرة الأمد أن تحقق إتقان المهارة المحددة في المجال الذي يتم التدرب عليه.

ويجب أن تتضمن الخطة التربوية الفردِّيه الأهداف التي تدمج نمو وتطور اللغة الوظيفية في المنهج الكلي، كما يتعين أن تشتمل الخطة التربوية الفردِّية للطفل التوحدي على كافة المجالات التي تطلب تعليمًا، أو علاجًا، أو دعمًا فرديًا. كما تشتمل على الخدمات المساندة مثل الخدمات الاجتماعية، والنفسية، وإرشاد الآباء والأمهات، وعلاج اضطرابات اللغة والنطق، والعلاج الطبيعي، والانتقال،

وخدمات الصحة المدرسية، والأجهزة والأدوات المساعدة (National Research Council ٢٠٠١) وتحدد عناصر احتياجات الطفل التوحدي في جوانب متعددة عند كتابة الأهداف السنوية أو طويلة الأمد. وقد تتضمن هذه الأهداف مجالات المهارات الأكاديمية، والنطق، واللغة، أو مهارات التواصل، والمهارات، الحركية، وأنشطة الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات وقت الفراغ، والمهارات المهنية، ويجب أن تدمج هذه الأهداف – كما سبقت الإشارة – في المنهج الكلي. وأن تكون الأهداف مناسبة للعمر الزمني للطفل التوحدي. فعلى سبيل المثال، مهارة التواصل في موضوع ما؛ يمكن أن تم التدرب عليها أثناء تعلم الطفل التوحدي مهارة مساعدة الذات، مثل الاستقلالية في تناول طعام الغداء في الكافيتريا. ومن المهم ألا تحقق الخطة التربوية الفرديَّة الحاجات الحالية فحسب، ولكن أيضًا الحاجات المستقبلية للطفل وينظرون إلى الأهداف – كعملية مستمرة – من حيث أن هذه الأهداف تعدل وفقًا لاستمرار الطفل في إظهار الإتقان.

ومن المهم إجراء قياسات متكررة لأداء المهارات المطلوبة لتحقيق الهدف، ويجب أن يكون المحك أو المعيار – من حيث النوع أو المستوى مناسبًا للسلوك المتعلم. ذلك أن الأهداف يجب أن تكون مشتقة من جوانب القوة، ومن احتياجات الطفل كما هي محددة في نتائج التقييم، أي وفقًا لمستوى الأداء الحالي للطفل التوحدي.

كما تجدر الإشارة إلى أن الخطط التربوية الفرديَّة، والتي تقدم من خلال جلسات فردية هي الاتجاه الأكثر فاعلية عند العمل مع فئات الإعاقة المختلفة، وخاصة مع الأطفال التوحديين، إلا أن الأخذ بها يتطلب تكلفة مالية مرتفعة؛ تتمثل في توفير عدد أكبر من المعلمين، وتوفير أماكن، والأمر الذي لا يكون بمقدور المراكز والمدارس المعنية تحقيقه. وفي ضوء ذلك فإنه غالبًا لا يتمكن من تنفيذ الخطط

التربوية الفردِّية، بشكل جيد، سوى المراكز والمدارس الخاصة، التي تتقاضى مصروفات باهظة من أولياء الأمور.



المراجع

مراجع الكتاب ومصادر هوامشه:

المعلومات الأساسية لمادة هذا الكتاب مستمدة من كتابين رئيسين هما:

Moureen Aorons And Gittens

وعنوانه: دليل التوحد... مرشد وموجه للآباء والاختصاصين.

The Handbook Of. A Guide For parents and professionals, Tavistock – Routledge, Landon and Now Yourk, ١٩٩٢.

Mcdougle, C. (١٩٩٨). Psychopharmacology. In Cokhen and Volkmar, Handbook of autism and pervasive development disorder, Willy and Sons, New Youk,

وعنوانه/ دليل في التوحد والاضطرابات النمائية المنتشرة .

كما يمكن الرجوع إلى مصادر هوامشه التالية:

(١) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٨). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الأول، القاهرة: دار النهضة العربية.
(٢) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٨٩). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الثاني؛ القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
(٣) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٠). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الثالث؛ القاهرة: دار النهضة العربية
(٤) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩١). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الرابع؛ القاهرة: دار النهضة العربية.
(٥) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٢). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الخامس؛ القاهرة: دار النهضة العربية.
(٦) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٣). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء السادس؛ القاهرة: دار النهضة العربية.
(٧) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٥). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء السابع؛ القاهرة: دار النهضة العربية.
(٨) جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (١٩٩٦). معجم علم الـنفس والطـب النفسي. الجزء الثامن؛ القاهرة: دار النهضة العربية.
(٩) حسن مصطفى عبد المعطـي (٢٠٠١). والاضـطرابات النفسـية في الطفولـة والمرهقة: الأسباب – التشخيص – العلاج، موسوعة علم الـنفس العيـادي (٤)، القاهرة: دار القاهرة.

(١٠) سايمون كوهين وباتريك بولتون (٢٠٠٠). حقائق عن التوحيد. ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان. سلسلة إصدارت أكاديمية التربية الخاصة. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

(١١) عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

(١٢) عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٤). اضطراب التوحد (ط٣). القاهرة مكتبة زهراء الشرق.

(١٣) عبد العزيز السرطاوي ويوسف القريوتي وجلال القارسي (٢٠٠٢). معجم التربية الخاصة. دبي: دار القلم.

(١٤) عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

(١٥) كما سالم سيسالم (٢٠٠٢). موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي. العين: دار الكتاب الجامعي.

(١٦) محمد زياد حمدان (٢٠٠٢). التوحد لدى الأطفال: اضطراباته وتشخيصه وعلاجه. عمان: دار التربية الحديثة.

(١٧) محمد شعلان (١٩٧٩). الاضطرابات النفسية في الأطفال. الجزء الثاني. القاهرة: الجهاز المركزي للكتب الجامعية.

(١٨) محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١). الطفل التوحدي أو الذاتوي. الانطواء حول الذات ومعالجته. «اتجاهات حديثة». عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

* American psychiatric association.(١٩٩٤).diagnostic and statistical manual of mental disorders (٤th ed.)Washington,DC:Author

* Bartak, L., & Rutter,m(١٩٧٣).special education treatment of autistic Chiidren: Acomparative study : ١.DC-sign of study and characteristics Of unts. Journal of Child psychology and psychiatry and allied Disci-Plines,١٤(٣),١٦١-١٧٩

* Buffington, D.M , KRANTZ, P.J., McClannahan , l., E, & Poulson , C.L.(١٩٩٨).Procedures for teaching appropriate gestural communication Skills to children with autism . journal of Autism and Developmental Disorders,٢٨(٦٠.٣٥٣-٥٤٥

*Chakrabarti , s., & Fombonne , E .(٢٠٠١) pervasive developmental disorders in preschool. Jama, special ISSUe , ٢٨٥(٢٤),٣٠٣٩-٣٠٩٩

*charlop, M. H., Schreibman,L,&Thibodeau, M. G(١٩٨٥) Spontaneous Verbal resbonding in autistic children using a time delay procedure . Journal Of Applied Behavior Analysis, ١٨(٢),١٥٥ -١٦٦

*Charlop , M.H., & Trasowech, J.E, (١٩٩١).Increasing autistic Children's daily spontaneous speech. JOURNAL of Applied Behavior Analysis, ٢٤(٤),٧٤٧-٧٦١.

*Cheadle, J.P., Gill, H., Fleming, N., Maynard, J., KERR, A., Leonard, H., et at. (٢٠٠٠). Long-read sequence analysis Of the MECP٢ gene in type and location. Human moleculer Geneyics, ٩(٧),١١١٩-١١٢٨

*Cox, A., Klein, K., Charman, t., Baired, G., Baron-cohen, s., swettenham, J.,et at. (١٩٩٩).Autism spectrum disorders at ٢٠ and ٤٢ Months Of age; Stability Of Clinical and ADI-R diagnosis. Journal Of Child psychology and psychiatry and allied disciplines, ٤٠(٥),٧١٩-٧٣٢

*Dawson, g., &Osterliing, J. (١٩٩٧). Early intervention in autism. In M. J. Gurainick (Ed)The effectiveness Of earty intervention (pp.٣٠٧-٣٢٦)

*Filipek, P. A., Accardo, P. J., Ashwal,S., Baranek, G. T., Cook. H., Jr., Dawson, G., et at.(٢٠٠٠).Practice Parameter; Standards Subcommittee Of

the American Academy Of Neurology and Child Neurology society. Neurology, ٥٥(٤),٤٦٨-٤٧٩.

Fombonne,E.,(٢٠٠٢). Epidemiological*

Ternds in Ofautism.

Molecular psychiatry, ٧(Suppl.٢), S٤-S٦.

*Gabriels, R. L., Hill, D. E., Pierce, R. A., Rogers, S.J., & Wehner,B. (٢٠٠١). PREDICTORS of treatment outcome in young children with Autism; Aretospective study. Autism,٥(٤),٤٠٧-٤٢٩.

*Goldstein, H.(١٩٩٩)Communication intervention for children with autism; A review of treatment efficacy.Paper Presented at the first

worksh Autism , National Rsesarch Council, Department Of Communication Sciences Florida State Universty; Decembr ١٣-١٤, ١٩٩٩,Tallahassee,FL

*Goldstein,H., Kaczmarek, L., Pennington, R.,&Shafer, commenting on, and acknowledging the behavior of preschoolers with autism Journal of Applied Behavior Analysis,٢٥(٢),٢٨٩-٣٠٥

*Greenspan, S.,& Wiedr, S.(١٩٩٧). Development patterns and Outcomes in infants and children with disordersinrelating and Communicating; Achart review of ٢٠٠ cases of childrenwith autism Spectrum diagnoses. Journal of Develomental and learning Disorders;l (١),٨٧-١٤١.

*Harris, S L., Handlman. JS (٢٠٠٠). Age and IQ at intake as predictors of placement for young chidrin with autism :a four to six-year follow-up. Journ of autism and Developmental Disorders .٣٠(٢).١٣٧-١٤٢

*Harris, S. L.,& weiss.M.J(١٩٩٨).Right From the start Behavioral intervene for young children with autsm . Bethesda, MD: woodbine House .

*Harris. S. L., & Handleman. J.s.(Eds)(١٩٩٤).preschool education Programs for children with autism Austin.TX:pro-Ed

*Hart, B.(١٩٨٥). Naturalistic language training strategies .In S. E Warren & A. Rogrers-Warren (Eds). Teaching Functional language (pp.٦٣-٨٨).Baltimore. university Park Press.

*Horner, R. H., Carr, E. G., Strain, P. S., Todd, A. W.,& Reed. H. K.(٢٠٠٠).

Problem behavior interventions for young children with

autism:A research synthesis. Paper presented at the second

Workshop of the committee on Educational Interventions for children with Autism, National Research Council, Department of Special

Education, University of Oregon;

April ١٢,٢٠٠٠ ; Eugene, Or.

*Horner, R. H., Dunlap, G., Koegel,

R. L., Carr, E. G.,sailor, W.,

Anderson, J.A., et at.(١٩٩٠).Toward a technology of "nonaversive"

behavioral support. Journal of the Association for persons with

Severe Handicaps, ١٥(٣), ١٢٥-١٣٢

*Hoyson, M., Jamison, B.,& Strain, P.S. (١٩٨٤). Individualized group instruction of normally developing and autistic-like children; the LEAP curriculum model of the Division for Early childhood.

٨, ١٥٧-١٧٢.

*Hwang, B., & HUGES, C.(٢٠٠٠).Increasing early social communicative skills of preverbal preschool children with autism

through social interactive training. Journal of the Association for Person with Severe,٢٥(١), ١٨-٢٨.

*Kaiser, A(١٩٩٣)Functional language. In M. Snell (Ed.), Instruction of students with severe disabilities (PP.٣٤٧-٣٧٩). New York: Macmillan Publishing Co.

*Kaiser, A P., Yoder, P. J., & Keetz, A. (١٩٩٢). Evaluating milieu teaching. In S E Warren &J. Reichle (Eds.), causes and effects in communication and intervention (Vol. I ed., PP. ٩-٤٧). Baltimore: Paul H. Brookes.

*Koegel . R. L., Koegel, L. K.,&Surratt, A. (١٩٩٢). Language intervention and disruptive behavior in preschool children with autism. Journal of Autism Developmental Disorders. ٢٢(٢).١٤١-١٥٣.

*Koegel . R, L., O' Dell. M. C., & Koegel , L.K.(١٩٨٧). A natural language teaching paradigm for nonverbal autistic children. Journal of Autism and Developmental Disorders. ١٧(٢).١٨٧-٢٠٠.

*Koegel, L. K.(١٩٩٥). Communication and language intervention. In Teaching chilaren with autism; Strategies positive interactions and improving learning opportunities (PP.١٧-٣٢).

Baltimore: PaulH. Brookes.

Koegel, R. L., Camarata, S.,Koegel, L., Ben-tall, A., & Smith, A. E.(١٩٩٨). Increasing soeech intelligibility

inchildren with autism Journal of Autism and Developmental Disorders, ٢٨(٣),٢٤١-٢٥١.

*Krantz. P, J., Zalewski, s., Hall, L., Fenski, E., & McClannahan. L.E.(١٩٨١). Teaching complex language to autistic children. Analysis & interventing in Develomental Disabilities, l(٣.Supp. ٤)١٥٩-٢٩٧.

*Lewy.A. L., & Dawson, G. (١٩٩٢). Social stimulation and joint attention in young autistic children of abnormal child Psychology.٥٥٥-٥٦٦.

- Lord ,c.,& Risi ,s.(١٩٩٨). Frameworks and methods in diagnosing autism spectrum disorder . Reviews: Special Issue : Autism , ٤(٢).٩٠-٩٦. M ental Retardation and Developmental DisabilitiesResearch
- Lord, c., & Schopler, E.(١٩٨٩). The rol of age at assessment, developmental level, and tesst in the stability of intelligence scors in young autistic children . Journal of Autism and Developmental Disorders, ١٩(٤). ٤٨٣-٤٩٩.
- Lord. C. (١٩٩٥). Follw-up of tow-years-old referred for possible autism. Journal of child Psychology andPsychiatry and allied Discipllines,٣٦(٨),١٣٦٥-١٣٨٢.
- Lord. C., & McGee. J. P.(٢٠٠١). Educathng children withautism. Washington DC:national Academy Press.

• Lovaas,O. I. (١٩٨٧).Behavioral treatment and normal educational and intellecrual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and ClinicalPsychology,٥٥(١),٣-٩.

• Luiseili, I.K, Cannon, B.O., Eilis,J. T,. Sisson,R. W. (٢٠٠٠). Home based behavioral interventions for young autistic children with autism /pervasive developmention disorder: A preliminary evaluluation of outcome in relation to child age and intensity of service delivery Autism.٤(٤),٢٨٩-٢٩٨.

• Marcus,L. M., Lansing ,m., Aandrews, C.E, &Schopler E.(١٩٧٨).Improvement of teaching effectiveness in par ents of autistic children. Journal of the American Academy of child Psychiatry, ١٧(٤),٦٢٥-٦٣٩.

• Maurice,C.(١٩٩٣).Let mebear your voice: Afamily `s triumph over autism. New York:kopf.

• McEachin,J.J.,Smith,T,. &Lovaas, O.L.(١٩٩٣).Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment.American Journal On Mental Retardation,٩٧(٤),٣٥٩-٣٧٢.

• McGee,G. G., Morrier, M. j., & Daly, T. (١٩٩٩). An incidental teaching applied Behavior for toddlers with autism. Journal Of Association for Persons with sevsre Handicaps, ٢٤(٣), ١٣٣-١٤٦.

• McGee, G. G., M٠rrier, M. J., & Daly, T.(٢٠٠١). The Walden Early childhood Programs. In J. Handleman & S. L., Harris (Eds.) . preschool

education programs for children with autism (٢nd eb., pp. ١٥٧-١٩٠). AUTISM: pro-ed.

• Mesibov, G b. (١٩٩٧). Formal and informal measures on the effectiveness of the TEACCH program. Autism,١(١).٢٥-٣٥.

• Miller, J. N., & Ozonoff, S. (١٩٩٧). Did Asperger's cases have Asperger disorder ? A research note . Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines,٣٨(٢),٢٤٧-٢٥١.

• Ozonoff, S., & Cathcart,K(١٩٩٨).Effecitveness of a home program intervention for young children with autism . Journal Of Autism and Developmental Disorders. ٢٨(١),٢٥-٣٢.

• Paneral, S., Ferrante, L., & Zingale, M. (٢٠٠٢). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and communication Handicapped children (TEACCH) programme as compared with a non-specific approach. Journal Of Intellectual Disability Research. ٤٦(٤),٣١٨-٣٢٧.

• Pierce, K., & Shreibman, L., (١٩٩٥). Incratsing complex social behaviors in children with autism : Effects of peer-implemented pivotal response training. Journal of Applied Behavior Analysis, ٢٨(٣),٢٨٥-٢٩٥.

Rogers, S. J., &Lewis, H.(١٩٨٩). An effective day treatment model for young children with pervasive developmental disorders . Journal of the American Academy Of child and Adolescent

Psychiatry, ٢٨(٢),٢٠٧-٢١٤.

Schopler, E., Mesibov, g., & baker, A.(١٩٨٢). Evaluation Of treatment for autistic children and their parents . Journal of the American Academy of child Psychiatry,٢١(٣).٢٦٢-٢٦٧.

- Sheinkopf, S.J., & Siegel, B.(١٩٩٨) Home based behavioral treatment for autistic children and their parents . Journal of Autism and Developental Disorders,٢٨(١),١٥-٢٣.

- Smith, T, Groen, A. D., &Wynn, J. W.(٢٠٠٠). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. American Journal On Mental Retardation, ١٠٥(٤),٢٦٩-٢٨٥.

- Stahmer, A. C. (١٩٩٥). Teaching symbolic ply skills to children with autism using pivotal response training. Journal Of Autism and Developental Disorders, ٢٥(٢)١٢٣-١٤١ .

- Stone, W. L., Lee, E. B., Ashford, L., Brissie, J., Hephurn. S. L., Coonrod E. E., et al. (١٩٩٩). Can autism be diagnosed accurately in children under ٣ years? Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, ٤٠(٢),٢١٠-٢٢٦.

- Starin, P. S., Kerr, M. M., Ragland, E. U. (١٩٧٩). Effects of Peer-mediated social behavior of autistic children. Journal of autism and Developental Disorders, ٩(١),٤١-٥٤.

• Starin, P. S., Shores R. E., & Timm. M. A(١٩٧٧). Effects of peer social initiations on the behavior of with-drawan preschool children. Journal of Applied Behavior Analysis, ١٠(٢), ٢٨٩-٢٩٨.

• Thorp, D. M., Stahmer, A. C., & Schreham. L., (١٩٩٥). Effects of soicodramatic play training on children with autism. Journal of Autism and Developental Disorders,٢٥(٣), ٢٦٥-٢٨٢.

• Towbin, K. E. (١٩٩٧). Pervasive developmental disorders(٢nd ed.,pp. ١٢٣-١٤٧).New York: Wiley.

• Watson, L.R., Lord, C., Schafer, B., & Schopler, E. (١٩٨٩). Teaching spontaneous communication to and developmentally handicapped children. NewYork : Irvlngton Publishers Inc.

• World Health Ornganization. (١٩٩٢). The ICD ١٠ Classification Of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Gudelines, Geneva, Switzerland: World Health Orgnization.

